Health Canada Santé Canada

STRENGTHENING THE POLICY–RESEARCH CONNECTION VOLUME 1, ISSUE 3

Health Policy Research Bulletin

Health Promotion – Does it Work?

Like most areas of the public sector, the health sector has come under increasing pressure to demonstrate the effectiveness of its policies and programs. As a significant component of most national health strategies, health promotion is also under considerable "pressure to perform."

Since the release of *A New Perspective on the Health of Canadians* in 1974, Canada has played an important role in shaping health promotion. From an initial focus on behavioural change, health promotion has evolved to include a comprehensive array of activities designed to influence not only health behaviours, but the underlying determinants of health as well. As a result, present day health promotion is a key strategy in a population health approach, one that involves multiple interventions, often for prolonged periods of time, and relies on action at several levels and across a number of sectors. This complexity raises a number of important questions — for example:

- While improved health status is the ultimate aim of health promotion interventions, what immediate outcomes can be expected?
- What types of indicators and methods can be used to assess whether these outcomes have been achieved?
- What is the most effective "mix" of interventions?

This issue of the *Health Policy Research Bulletin* explores these and other challenges and presents some "real life" examples of how they are being addressed. It also highlights a major international evaluation initiative, as well as other important initiatives under way across the country.

In this Issue

Health Promotion Effectiveness

Why? What? How? 3

Case Studies 10

Moving Forward 24

Who's Doing What? 28

Regular Columns 31

Mark Your Calendar 32

Canada

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

Health Canada's *Health Policy Research Bulletin* is published three times a year. The Bulletin is part of a larger policy research dissemination program designed to enhance Health Canada's policy-relevant evidence base.

A departmental steering committee guides the development of the Bulletin. The committee is chaired by Cliff Halliwell, Director General of the Applied Research and Analysis Directorate (ARAD) of the Information, Analysis and Connectivity Branch. The Research Management and Dissemination Division (RMDD) within ARAD coordinates the Bulletin's development and production. RMDD would like to thank the steering committee members for their contributions, as well as Nancy Hamilton, Managing Editor, Marilyn Ryan, Production and Distribution, and Jaylyn Wong, Assistant Editor. Special thanks go to the Guest Editor of this issue, Jim Ball, Director of the Population Health and Health Promotion Development Division, Population and Public Health Branch.

We welcome your feedback and suggestions. Please forward your comments and any address changes to bulletininfo@hc-sc.gc.ca or phone (613) 954-8549 or fax (613) 954-0813. Electronic HTML and PDF versions of the Bulletin are available at: http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa

The opinions expressed in these articles, including interpretation of the data, are those of the authors and are not to be taken as official statements of Health Canada.

This publication can be made available in alternative formats upon request.

Permission is granted for non-commercial reproduction provided there is a clear acknowledgment of the source.

Published under the authority of the Minister of Health.

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada, 2002

ISSN 1496-466 X ISSN 1499-3503 (Online)

Editing, design and layout by Allium Consulting Group Inc.

Publications Mail Agreement Number 4006 9608

Return if undeliverable to:
Health Canada
2750 Sheffield Road, Bay #1
Ottawa, ON K1B 3V9

A New Perspective on the Health of Canadians

1978
- Creation of federal Health Promotion Directorate
- Alma Ata Declaration

- Beyond Health Care Conference
- *Canada Health Act*

1985
1st National Health Promotion Survey

- 1st International Conference on Health Promotion (*Ottawa Charter* and *Achieving Health for All*)
- Healthy Cities/Communities Movement

1988
- 2nd International Conference on Health Promotion (Adelaide, Australia) *"Healthy Public Policy"*
- *Mental Health for Canadians — Striking a Balance*

- 2nd National Health Promotion Survey
- 1st National Health Promotion Research Conference

1991
3rd International Conference on Health Promotion (Sundsvall, Sweden) *"Supportive Environments for Health"*

Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians

1996
1st *Report on the Health of Canadians*

4th International Conference on Health Promotion (Jakarta, Indonesia) *"New Partners for a New Era — Leading Health Promotion into the 21st Century"*

2000
- 2nd *Report on the Health of Canadians*
- 5th Global Conference for Health Promotion (Mexico City, Mexico) *"Bridging the Equity Gap"*

Why *Assess* the **Effectiveness** *of Health Promotion?*

The following article is based on an interview conducted by Nancy Hamilton, Managing Editor of the Health Policy Research Bulletin, *with* Dr. Robert McMurtry, *former Assistant Deputy Minister of the Population and Public Health Branch, Health Canada. A former Dean at the University of Western Ontario, Dr. McMurtry joined the Department in 1999 as the first G.D.W. Cameron Visiting Chair. As Assistant Deputy Minister, Dr. McMurtry was responsible for a broad spectrum of health promotion and disease prevention and control policies and programs. Dr. McMurtry has recently left the Department to act as a consultant to the Romanow Commission on the Future of Health Care in Canada.*

This issue of the* Health Policy Research Bulletin *addresses the theme: "The Effectiveness of Health Promotion Interventions." How important is this theme for the health sector?

Historically, public sector involvement in health has involved both "one-to-one" patient-provider care through the health care system, and public health measures such as providing safe water and containing contagious diseases. I think it's safe to say that our health care system was initially intended to serve as a "safety net" for dealing with catastrophic illness. Over the years, however, considerable demands have been placed on the system by illnesses and injuries, initially infectious diseases and then chronic conditions such as heart disease and cancer, that to a considerable degree are preventable. While it has often been argued that today's health care system is threatened by the aging of the population, I believe it is threatened more by a failure to move "upstream" to address the factors and conditions that can prevent disease and improve health. Health promotion activities have a significant potential to impact positively on the well-being and quality of life of Canadians, and that is why we need to ensure they are as effective as possible.

When you talk about "moving upstream," what types of interventions are you referring to?

By "upstream" interventions, I mean those interventions that are intended to help people *maintain* or *improve* their health before it is compromised. To understand how health promotion fits into this "mix" of interventions, it's important to clarify some terms that are often used interchangeably. To do so, it helps to consider these interventions along a continuum, from the "downstream" interventions provided within the context of the health care system to "upstream" interventions such as health protection, disease prevention and health promotion.

Most people would agree that the major role of the health care system is to *restore* health once it's been threatened. Health protection and disease prevention, on the other hand, are concerned with *maintaining* health status by addressing *immediate* health threats (health protection) or anticipating and avoiding *imminent* health threats (disease prevention). Health promotion goes even further. It moves beyond maintaining health to *improving* health status and, consequently, is concerned with *health gains*.

Over the past couple of decades, health promotion has generated a great deal of interest and support. Yet, you say there's been a failure to move upstream. Could you clarify what you mean by this?

While we've made considerable progress in implementing health promotion policies and programs, we still need to achieve a better balance in our investments as we move along the continuum from health care to health promotion and addressing the broader determinants of health. In fact, it's unimaginable to me that we will be able to sustain our health care system if we don't focus more of our attention on upstream factors — in particular, those affecting the health of expectant mothers and our children. We also need to make the public more aware of the importance of these upstream interventions.

How does health promotion fit with the growing emphasis on population health?

I believe population health and health promotion should be synergistic. A population health approach aims to reduce health inequalities in the population by embracing the full range of protection, prevention and promotion strategies. Building on the *Ottawa Charter for Health Promotion*, population health focuses our attention on the underlying factors affecting the health status of the entire population. It also reinforces our concern for the health and well-being of particular population groups — for example, children, seniors or those who, because of their living or working conditions, are the most vulnerable within society.

In your view, what are some key considerations in promoting and improving health?

For one thing, we need to focus more on the community, rather than the individual, as the functional unit for our health promotion interventions. By community, I mean geographic neighbourhoods, as well as communities of people who share interests or problems. Communities are an immensely important source of support and contribute to the health and well-being of their members by providing a sense of social inclusion and belonging, promoting self-esteem, encouraging information sharing and facilitating action.

As well, we need to move beyond isolated interventions focusing on separate issues or diseases and move to integrated efforts to address the full range of factors and conditions that affect people's health.

We must also be aware of the important role of spirituality, language, culture and identity — and the respect for same — in improving health status. This is in keeping with the idea that we promote others' health where we create the possibilities for that to occur. Or, to quote Ibn Arabi, "to create for all, the conditions of their fulfillment."

What evidence is needed to achieve a more appropriate balance of population health investments along the continuum of health care to health promotion?

It's extremely important to produce evidence of the utility of health promotion, particularly in the current climate that demands public accountability and quantifiable results. In order to generate a solid evidence base, we need to ask the right questions and answer them well. We must also make wise decisions about what we're going to track and measure. For example, for health conditions that are preventable, we need to ask: What should we have done that would have made a difference? Measurements such as "quality-adjusted life years" and "health-adjusted life expectancy" are good examples of the way to go. They allow us to look at quality and duration of life and, where there is a deviation from the ideal, to ask why that is occurring. These measurements are also quantifiable over the short and long term. This is crucial for generating evidence and should be required for all protection, prevention, promotion and health care interventions.

As well, there are two components of the evidence base that are critical for health promotion efforts. The first is evidence that characterizes the linkages between the determinants of health and health status. This type of evidence provides us with information about where we should focus our interventions. But it says little about the effectiveness of interventions — the second crucial component of the evidence base. While we've been reasonably successful at generating evidence for the first component, we've had more difficulty with the *evidence of effectiveness*. That's one reason I'm pleased that the *Health Policy Research Bulletin* is focusing on this theme and exploring the challenges of developing a sound evidence base on the effectiveness of health promotion interventions.

Health Promotion
What is it ?

Tariq Bhatti, *Director General of Sector Planning and Management, Heritage Canada, and* **Nancy Hamilton**, *Managing Editor of the* Health Policy Research Bulletin

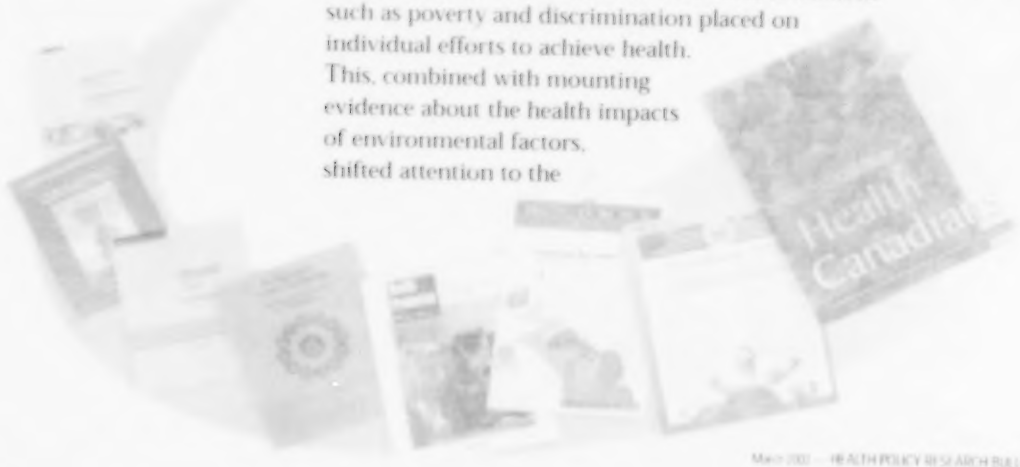
This article traces the evolution of health promotion in Canada and suggests that it has been shaped, in part, by emerging "evidence of opportunity" for health promotion benefits. The authors acknowledge that the article is written from a Health Canada perspective and regret that, due to space constraints, parallel activities occurring at the provincial and municipal levels could not be included.

In the Early Years: A Lifestyle Focus

Canada's leadership in health promotion began in 1974 with the publication of *A New Perspective on the Health of Canadians*. Also known as the *Lalonde Report*, it marked the first time a major national government had acknowledged that health is primarily determined by factors outside the health care system. The report identified four fields of influence on health — human biology, lifestyle, the environment and health services. Of these, *lifestyle* became the initial focus as research revealed links between health status and personal risk behaviours. As a result, early interventions included health education programs and public awareness campaigns designed to influence individual health knowledge, attitudes and behaviours (e.g., to stop smoking, exercise more, make healthy food choices). In some cases, legislative action was taken to reinforce the desired behaviour change (e.g., tobacco legislation, "drinking while driving" laws).

Broadening the Focus: Socio-Ecological Models

By the mid-1980s, there was growing concern about the limitations of an approach focusing primarily on lifestyle. Increasingly, people were recognizing the constraints that structural conditions such as poverty and discrimination placed on individual efforts to achieve health. This, combined with mounting evidence about the health impacts of environmental factors, shifted attention to the



influence of the *environment*, including the physical, social, cultural and economic aspects of one's surroundings. This new evidence of opportunity for health promotion interventions led to innovative initiatives such as the World Health Organization's (WHO) *Healthy Cities and Healthy Communities*, which originated in Canada (http://www.who.dk/healthy-cities/). Starting with Toronto, municipalities across Canada developed broad-based projects aimed at improving residents' health and the environment.

Health promotion went global with the launch of WHO's *Health for All Strategy*. Another important milestone was the 1986 Canadian-hosted *First International Conference on Health Promotion*, which marked the release of two key documents — the *Ottawa Charter for Health Promotion* and *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*. Both documents were pivotal in shifting the focus of health promotion to the broader determinants of health. The *Ottawa Charter* defined the prerequisites for health (i.e., peace, shelter, education, food, income, a stable ecosystem, sustainable resources, social justice and equity) and recognized the need for coordinated action across many sectors. It also identified five strategies for building a "new" health promotion practice: building healthy public policy; creating supportive environments; strengthening community action for health; developing personal health skills; and reorienting health services.

Strategic Investments, Comprehensive Programs

The five years following the release of the *Ottawa Charter* marked a period of significant activity in health promotion. A number of large-scale federal strategies were established, including Canada's Drug Strategy, the Tobacco Demand Reduction Strategy, the National AIDS Strategy and the Brighter Futures Initiative for Children. Collaborative programs, such as the Heart Health Initiative, fostered partnerships with provincial governments and the voluntary sector. Settings-based approaches — for example, Healthy Schools and Workplace Health — were also

Table 1: Some Key Interventions

Health communication informs the public about health concerns and keeps health issues on the public agenda. It also reinforces health messages and stimulates people to seek more information.

Social marketing campaigns use a variety of media to create a social climate conducive to health (e.g., see "Back to Sleep" on page 19).

Health education involves learning opportunities designed to influence health knowledge, attitudes and behaviours. In recent years, the focus has been on helping people improve decision-making and other life skills.

Social support recognizes the effects of social interaction on health. Activities often take place within communities and are undertaken by voluntary agencies (e.g., parenting support for young mothers).

Community action for health refers to efforts by communities to address local health priorities and increase control over the determinants of health (e.g., see CAPC and CPNP on page 14).

Creating supportive environments refers to activities aimed at establishing policies that support healthy physical, social and economic environments (e.g., WHO's Healthy Cities project).

Developing healthy public policies is concerned with establishing health-enhancing policies in sectors whose actions have health impacts. Such policies support healthy choices and promote the creation of healthy living and working conditions (e.g., the Child Tax Benefit).

promoted. With the first national Health Promotion Survey and the creation of university-based Health Promotion Research Centres, research activities flourished.

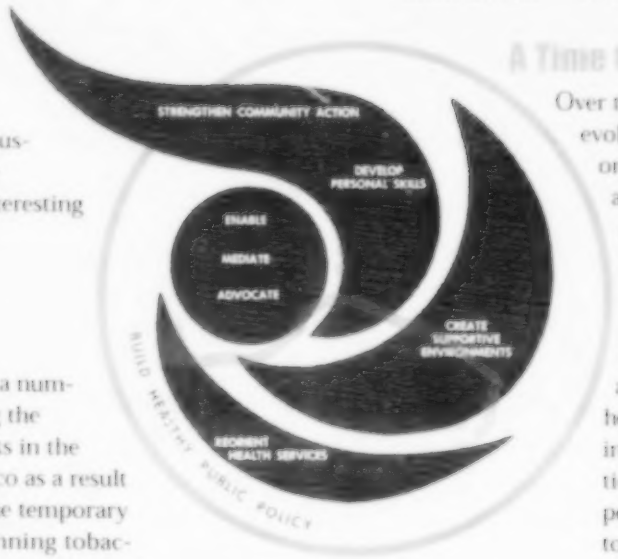
Although most strategies targeted a particular health issue or population group, many included a comprehensive mix of interventions designed to promote change at the individual, community and policy level (see Table 1). Of particular note were community-level interventions such as the Community Action Program for Children (CAPC) and Canada's Prenatal Nutrition Program (CPNP). As illustrated on page 15, these programs pose some interesting evaluation challenges.

Challenges and Setbacks

Health promotion faced a number of challenges during the 1990s, including setbacks in the campaign against tobacco as a result of tax reductions and the temporary repeal of legislation banning tobacco advertising. This was also a period of greater fiscal restraint, which constrained efforts to renew strategies and placed increased demands on all programs to justify their activities. Health promotion came under particular pressure to justify initiatives directed at the underlying prerequisites of health (for example, affordable housing and adequate income), as the policy instruments to influence these were largely controlled outside the health sector.

Expanding the Evidence Base

Just as health promotion was being increasingly challenged as to the appropriateness of its intersectoral policy-level interventions, population health research helped to counter these challenges by providing a compelling synthesis on the socioeconomic determinants of health. In 1994, the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health released *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, identifying nine major determinants of health: income and social status; social support; education; employment and working conditions; physical environment; biology and genetics; personal health practices; healthy child development; and health services. Health Canada added two more determinants — culture and gender.[1]



"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health."

The WHO

A Time to Take Stock

Over the years, health promotion has evolved from an approach focusing on behavioural factors to one that addresses the underlying determinants of health — and their interaction — in a comprehensive manner. Standing the test of time, the strategies for action outlined in the *Ottawa Charter* are evident in most present-day health promotion programs. These include a broad mix of interventions aimed at empowering people, as individuals and groups, to make healthy choices and at creating environments that provide equitable access to the underlying determinants of health.

As this article has suggested, the evolution of health promotion has been influenced by the evidence of *opportunity* for interventions, including research linking lifestyle, environment and the broader determinants of health to health status. While such evidence is necessary, it is not sufficient to justify future investments. Now is the time to take stock and assemble the evidence on the *effectiveness* of interventions. As the following articles demonstrate, much has been achieved, yet more remains to be done.

Note: Please see the Health Canada website at http://www.hc-sc.gc.ca for the complete text of all Health Canada documents referred to in this article.

@ *Click here for references.*

The WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation

Dr. Irving Rootman

Professor, Department of Public Health Sciences, University of Toronto
Dr. Rootman was the Director of the University of Toronto's Centre for Health Promotion from 1990-2001 and is currently the Chair of the Canadian Consortium for Health Promotion Research. He has served as a Senior Scientist to the World Health Organization and was the 2001 recipient of the R.D. Defries Award — the highest award of the Canadian Public Health Association.

Brenda Steinmetz

Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch, Health Canada

Evaluating health promotion initiatives presents some unique issues and challenges, ranging from debates about appropriate methodologies to concerns about whether evaluation approaches adhere to health promotion principles such as empowerment and equity. International efforts such as the World Health Organization (WHO) European Regional Office's Working Group on Health Promotion Evaluation were established to respond to increasing pressures to address these issues and, at the same time, demonstrate the effectiveness of health promotion initiatives (see also "Who's Doing What," page 28).

A Unique Approach

In 1995, Health Canada joined the newly-created 18-member Working Group on Health Promotion Evaluation, along with the U.S. Centers for Disease Control and Prevention and the United Kingdom's former Health Education Authority. Dr. Irving Rootman, one of the authors of this article, served as chairperson of the Working Group. Dr. Glenn Irwin of Health Canada and three other Canadians participated as members of the diverse team, which included representatives of governments, the WHO and the academic community.

The primary aim of the Working Group was to provide guidance to policy makers and practitioners on appropriate methods for health promotion evaluation. In doing so, members discussed and debated important methodological and philosophical issues in support of a critical approach to improving the evidence base for health promotion. Inevitably, the team's rich diversity of perspectives resulted in some differences in opinion about issues such as the value of using the randomized control trial (RCT) as the "gold standard" for evaluation in health promotion initiatives. Despite the range of opinions, however, members were able to reach a consensus on this and other questions, including: whether evidence is a relevant concept for health promotion; what constitutes sound evidence; and appropriate methodologies for assessing effectiveness in health promotion. The resources and tools developed by the Working Group reflect this process of debate, analysis and ultimate consensus.

Resources and Tools

In 1998, the Working Group summarized its work to date with the publication of *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers* (http://www.who.dk/document/e60706.pdf). The resource highlighted key actions that policy makers can take to support the appropriate evaluation of health promotion initiatives. These include:

- encouraging the adoption of participatory evaluation approaches
- using multiple methods that provide information on both process and outcomes

- developing infrastructure for funding, training, organizational development and networking
- allocating sufficient resources for evaluation

A more comprehensive document, *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*, was released in 2001 (http://www.euro.who.int/Document/E73455a.pdf). This collection of more than 20 papers examines the theory, methodologies and practice of evaluating health promotion initiatives, with a focus on the following areas: evaluation work in Western, industrialized societies; issues pertinent to evaluating settings, policies and systems, as well as individual behaviour change; and evaluation of health promotion efforts consistent with the *Ottawa Charter for Health Promotion*. It covers a wide range of both general and specific topics, highlights efforts to build the knowledge base through improving methods for evaluating community, school, workplace, mass media and policy interventions, and identifies some general lessons about the evaluation of health promotion (as shown below).

Evaluation in Health Promotion

- is an evolving field
- can make a major contribution to practice
- suffers from a shortage of evidence on the effectiveness of initiatives
- involves a wide range of approaches and models
- offers legitimate roles for both quantitative and qualitative methodologies
- employs a wide range of social science disciplines and approaches
- builds on a range of planning models
- requires theory and other conceptualizations to be effective
- offers many potential roles for evaluators/researchers

The document also outlines specific actions that need to be undertaken to implement the *Recommendations to Policy-Makers* and profiles several tools to aid in doing so, including:

- a generic logic model for planning and evaluating health promotion interventions
- a set of guidelines for conducting participatory evaluations

Next Steps

Although the Working Group did not set out to conduct a systematic review of evidence on the effectiveness of health promotion, it identified a number of areas requiring additional work. In particular, the Group concluded that considerable improvements must be made to the quality of the evidence base on policy interventions for promoting health, a process that should involve political scientists and policy analysts. Professionals in management sciences can also make important contributions about the effect and operation of systems, an area where knowledge is particularly lacking. Related discussions at the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion (Toronto, 2001; proceedings available at http://www.utoronto.ca/chp/) also highlighted the need for:

- stronger links between researchers and practitioners
- greater investment in developing the capacities of communities to conduct research and evaluation and to use results
- more evidence on the effectiveness of organizational, community and policy development and the combined use of these strategies

As the WHO Working Group demonstrated, it is possible for national governments, international organizations, academics, policy makers and practitioners to collaborate in a constructive, cost-effective and meaningful way to develop the evidence base for health promotion. Another excellent example of this type of collaboration is the work of the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) on evidence of effectiveness. The WHO and IUHPE have now jointly initiated a global project on the effectiveness of health promotion, while a complementary project on the effectiveness of healthy municipality efforts in Latin America is being undertaken by the Pan American Health Organization (PAHO). In addition, the Canadian Consortium for Health Promotion Research is reviewing frameworks for the consolidation of evidence on the effectiveness of health promotion (see page 30). Building on the momentum, experience and contributions of the Working Group, these and other initiatives are concrete next steps for enhancing the scientific foundation for health promotion to better meet the needs of policy makers and practitioners in population and public health.

Issues and Challenges in Assessing the

Effectiveness

of Health Promotion

Ron Wall

Applied Research and Analysis Directorate of the Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada. Special thanks to Tracey Spack, Strategic Policy Division, First Nations and Inuit Health Branch, for contributing the section on qualitative methods.

There are a number of important issues and challenges facing both those who use health promotion evidence in the development of policy and those involved in advancing the evidence base. This article addresses some of these challenges, including:

- ***While improved health is the ultimate aim of health promotion, what intermediate outcomes can be expected?***
- ***What constitutes "evidence of effectiveness" in health promotion?***
- ***What methods can be used to assess the effectiveness and cost-effectiveness of health promotion interventions?***
- ***How can the evidence base be strengthened to make better investment decisions in the future?***

In the Meantime: Intermediate Outcomes

Health promotion is coming of age as a theory-informed, evidence-based and broadly accountable practice.[1] At the same time, however, it presents a number of unique challenges for researchers and policy makers alike. Health promotion is extremely complex, encompassing a wide range of multiple social and behavioural interventions targeting populations not just as aggregates of individuals but also as families and entire communities. Moreover, the outcomes of these interventions — the importance of which will vary depending on the stakeholder's perspective — may take years or even decades to become evident.

Table 1 presents a possible hierarchy of health promotion outcomes. There is general agreement that positive health — as defined by the World Health Organization in terms of physical, mental, and social functioning as a resource for everyday living, rather than just the absence of disease — should be the ultimate goal of health promotion efforts. However, intermediate outcomes can demonstrate more quickly, albeit often with less authority, whether any changes are taking place or not.

It should be noted that, while analytical models integrating available evidence and expert opinion can provide important insights until more rigorous information becomes available, the strength of the link or logic between the intermediate indicators and the ultimate health and social outcomes is crucial. If these links are not well established, the analytical challenge lies in filling in the knowledge gaps. Users should appreciate, however, that even apparently rigorous information may be of limited value, since models are only as good as their input data and underlying assumptions.

Evidence of Effectiveness

While opinions differ about the nature of evidence and the methods used to generate it, there is growing recognition that both process and outcome evaluations are necessary in demonstrating the effectiveness of health promotion interventions.

Process evaluations are concerned with how interventions are organized, delivered and used — that is, evidence of "best practice."

Table 1: Outcome Model for Health Promotion

Health and Social Outcomes	**Social outcomes** Quality of life, functional independence, equity	**Health outcomes** Reduced morbidity, disability, avoidable mortality	
Intermediate Health Outcomes (modifiable determinants of health)	**Healthy lifestyles** Tobacco use, food choices, physical activity	**Effective health services** Provision of preventive services, access, appropriateness of health services	**Healthy environments** Safe physical environment, supportive economic and social conditions, good food supply
Health Promotion Outcomes (intervention impact measures)	**Health literacy** Health-related knowledge, attitudes, behavioural intentions	**Social action and influence** Community participation, empowerment, social norms, public opinion	**Healthy public policy and organizational practice** Policy statements, legislation, regulation, resource allocation
Health Promotion Actions	**Education** Patient and school education, media communication	**Social mobilization** Community development, technical advice	**Advocacy** Lobbying, political organization and activism

Adapted from: Nutbeam D. Health Promotion Effectiveness — The Questions to be Answered. In: *The Evidence of Health Promotion Effectiveness — Shaping Public Health in a New Europe*. International Union for Health Promotion and Education, 1999, p. 6.

Users of the evidence base need to understand the nature of the intervention, the characteristics of the client population and the ambient social/health/political environment. They also need to be convinced that the intervention did what it was expected to do. For example, did it reach the target population? Did activities occur as planned? Were the theory and assumptions underlying the intervention design verified?

Outcome evaluations are concerned with the results of the intervention. They can encompass various levels of complexity, from assessing how participants in the intervention are faring, to whether they are doing better than a "control" group, or if the intervention actually caused the outcome.[2] A range of outcomes and evaluation designs can be used to answer these questions.

Assessing Effectiveness and Cost-Effectiveness

Interventions can be assessed both in terms of their effectiveness and cost-effectiveness. Effectiveness is concerned with the outcomes achieved by interventions, while cost-effectiveness compares the outcomes achieved to the cost of the inputs used. The evidence of effectiveness is the first consideration. However, when assembling a portfolio of interventions, policy makers should select those that are also cost-effective — that is, those with the potential to improve the health of the target population and also yield "value for money." The criteria for assessing the quality of the evidence base of health promotion effectiveness is the strength of the attribution of outcomes to intervention (what is called "internal validity"), and the extent that these findings can be generalized beyond the setting of the specific evaluation (what is called "external validity"). Some of the issues associated with assessing effectiveness and cost-effectiveness are addressed briefly below.

Were the outcomes the result of the policy or program intervention?

The attribution of observed outcomes to a policy or program intervention is key for demonstrating effectiveness. While a number of evaluation strategies exist, the simplest strategy is to identify a target population and compare measurements made before the intervention to those made afterwards. The absence of a reference population is problematic, however, if other trends explain at least some of the pre- and post-differences in outcome. For this reason, designs comparing intervention and "control" groups have been widely used to evaluate both individual- and population-based health promotion. When exposure

to the intervention is not random, however, it is possible that control and intervention groups are not equally affected by other determinants of outcome.

The "gold standard" design for attributing observed outcomes to planned interventions is the randomized control trial (RCT). Given a sufficiently large sample size and efforts to ensure a comparable distribution of key subgroups (e.g., stratification by age, gender), randomization ensures that the intervention and control groups will be comparable. However, as RCTs are expensive, they should only be used after sufficient (but less valid) evidence of effectiveness has been accumulated and there is an understanding of what constitutes "best practice."

Can the findings be generalized?

Users of the health promotion evidence base should also consider the extent to which sample findings can be generalized to a broader population. For example, outcomes based on samples of higher-risk patients or highly motivated volunteers may not generalize to a population that includes lower-risk patients and less motivated volunteers. This is particularly problematic in obtaining evidence for socially disadvantaged populations. Randomization based on well-defined communities rather than individuals can, to some extent, overcome this problem.[3]

Does the intervention offer "value for money"?

Economic evaluation extends the evidence base by assessing the cost of the inputs used to achieve the outcome — that is, "value for money." Such information informs decision-making choices among competing uses of scarce resources. Estimating the cost of health promotion involves identifying the resources affected by the intervention, measuring the quantities used and assigning unit costs. Although conceptually straightforward, the practice of economic evaluation is complicated by several factors including methodological issues, the limited availability of financial and statistical information, and problems in attributing costs to specific interventions by organizations engaged in multiple activities.

The other side of the cost-effectiveness equation is outcomes. Health promotion interventions potentially affect future health outcomes and the use of health care and other resources. As above, estimating future costs *avoided* involves identifying the resources affected and the physical resources used, and assigning unit costs. The value placed on reduced morbidity or mortality must be appraised as well — a complex endeavour. Moreover, as costs and consequences typically occur in different time periods, future dollars and health outcomes must be adjusted to the start of analysis (i.e., "discounted to their present value") using an appropriate interest rate (i.e., "discount rate"). (See sidebar for an overview of economic evaluations.)

Types of Economic Evaluations

The way in which non-monetary health outcomes are measured will determine the type of economic evaluation performed. For example:

1. *Cost-effectiveness analysis* compares interventions affecting the same determinant of health or health outcome using a ratio of the difference in cost to the incremental health effect.
2. *Cost-utility analysis* compares interventions generating multi-dimensional health effects by establishing the ratio of incremental cost to incremental Quality Adjusted Life Years gained.
3. *Cost-benefit analysis* accounts for multiple health effects by assigning monetary units to loss of life and quality of life and determining whether the health and resource consequences of an intervention are worth its cost.

Strengthening the Evidence Base

A number of strategies are available to help strengthen the evidence base of health promotion. These include: using complementary approaches to research; combining the results from individual studies; and focusing on the social context of behaviours.

Mutually supportive: qualitative and quantitative methods

While qualitative and quantitative approaches are frequently presented as opposite ends of the methodological spectrum, there is a growing recognition that these methods are, in fact, complementary.

In conducting evaluations of health promotion interventions, qualitative and quantitative research can be combined in at least three ways:[4,5]

- Qualitative techniques (e.g., observation, in-depth interviews, focus groups) can be used as a preliminary phase to help specify the intervention and channels of causation for quantitative assessment.

In Brief

Qualitative methods	Quantitative methods
aim to understand how people behave in natural settings and the meaning they attribute to their experiences, attitudes and behaviours	aim for generalization
are inductive (i.e., they move from observation to hypothesis)	are deductive (i.e., hypothesis testing)

- Qualitative methods can supplement quantitative work as part of the validation process, as in *triangulation*, in which the results obtained from three or more methods (e.g., a large-scale survey, focus groups and a period of observation) are compared for convergence.
- Qualitative methods can explore complex phenomena or areas not yet amenable to quantitative research, such as aspects of complex behaviours, attitudes and interactions. Information such as this can be used to generate hypotheses and develop indicators for quantitative evaluation.

Recent developments in theory, analytical frameworks and statistical methods are advancing our knowledge of how to intervene to improve population health.

Combining evidence from individual studies

Policies aimed at improving population health should be based on the best available evidence obtained from a systematic review of individual studies. These reviews should: focus on a well-defined objective, intervention and comparison group; be based on an exhaustive search to locate all published/non-published studies; define how studies are entered into the evidence base; use several reviewers and consistent criteria to assess the quality of each study; and use appropriate methods to synthesize the study findings. Continuing efforts on a number of fronts are advancing our understanding of the effectiveness and the cost-effectiveness of health promotion, but much work remains to be done (see "Who's Doing What," page 28).

Evaluating the social context

While a considerable evidence base exists for health promotion interventions targeting specific health behaviours of high-risk (or highly motivated) individuals and communities, less is known about the role interventions play in addressing the social context of such behaviours. An increasing body of evidence on health determinants argues that social conditions and structures affect the development of health behaviours as well as the ability to intervene. Recent developments in theory, analytical frameworks and statistical methods are advancing our knowledge of how to intervene to improve population health.[3,6] Evaluations (including RCTs) are also providing evidence of the effectiveness of specific interventions on the social context of health behaviours.[3]

In Conclusion

Issues such as the nature of evidence, the role of various evaluation methods, the set of outcome indicators and the language of evaluation will continue to challenge both those who use the health promotion evidence base and those who contribute to it. As the health policy agenda shifts to evidence-based practice, however, the future of health promotion depends on whether it can deliver concrete evidence of its effectiveness, particularly cost-effectiveness. Clearly, there is work to be done if Canadians are to realize the "upstream" results that health promotion promises.

@ *Click here for references.*

A Tale of Two Evaluations: CAPC and CPNP

Steven Schwendt

Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada

Evaluation is an integral component of federally-funded community-based health promotion interventions. Evaluation serves an important role as a tool for continuous program improvement, in assessing program impact and in fulfilling Treasury Board mandates. Evidence generated from evaluations serves to answer questions on the outcome side of public policy decisions aimed at improving health and other determinants of health through a variety of interventions. The following case study examines the pioneering national evaluation experiences of two Health Canada programs — the Community Action Program for Children (CAPC) and the Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP).

CAPC and CPNP: Similar, But Different

As national community-based health promotion interventions, both CAPC and CPNP support community groups in establishing and delivering services that address the needs of particular at-risk groups. CAPC is designed to improve the health and development of at-risk children and their families, including children living in low-income families and children experiencing developmental delays or social, emotional or behavioural problems. CPNP, on the other hand, addresses the needs of pregnant women most at risk for poor birth outcomes, including women living in poverty, teens and women who use alcohol, tobacco or harmful substances.

Although the two programs perform similar functions, their differences reveal the evolution of Health Canada's approach to delivering and evaluating community-based programs. Created in 1993, CAPC's projects include a wide range of services and activities, reflecting the diverse needs identified in communities across Canada. The projects are united by a common set of Guiding Principles and a national evaluation strategy. The strategy was based on current literature on child development and included the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) as a comparison group.

Announced in 1994, CPNP reflects lessons learned from the CAPC experiences, as well as existing prenatal programs, such as the Montréal Diet Dispensary. In addition to the existing CAPC Guiding Principles, Health Canada added a set of clearly defined "elements of a comprehensive program,"

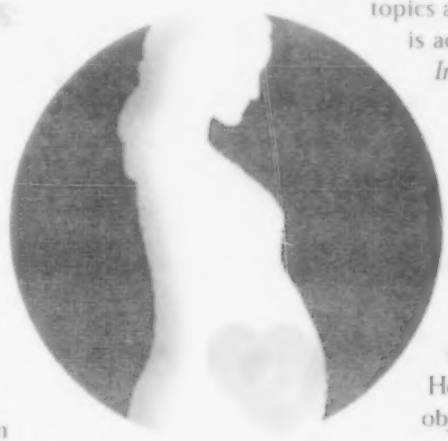
common evaluation objectives and indicators. As a result, CPNP projects share more similarities than those funded under the CAPC program. While CPNP's commitment to maintaining flexibility encourages subtle variation in individual delivery models, each project can be evaluated according to a common set of objectives and outcome indicators.

Evaluation Methodologies: Lessons Learned

The first step in conducting a program evaluation is to develop an evaluation framework. It provides a systematic method for describing all the projects in the program as a whole.

CAPC

The CAPC National Evaluation Framework was designed to reflect the program's guiding principles and respond to questions about program development and implementation (process evaluation), and the benefits of participating in CAPC projects (impact evaluation).[1] As set out in the Framework, process data are collected from project managers, while impact data are collected from project managers and through interviews with a sample of project participants at three different times following enrollment: at baseline (Cycle 1); after nine months (Cycle 2); and after 24 months (Cycle 3). Families and children living in similar economic circumstances from the 1994 and 1996 cycles of the NLSCY were identified as a comparison group for the evaluation.



The CPNP national evaluation framework was designed in accordance with the program's guiding principles and benefited from the experience of the CAPC national evaluation.

CPNP

The CPNP national evaluation framework[2] was designed in accordance with the program's guiding principles and benefited from the experience of the CAPC national evaluation. Lessons learned included the restrictive nature of NLSCY indicators (which were limited to individual health outcome indicators) and the importance of a participatory approach to evaluation. As a result, CPNP designed a "baseline" study and adopted a participatory, iterative approach that included all stakeholders at the local, regional and national levels in developing evaluation indicators and survey instruments.

CPNP's framework consists of two evaluation tools: the *Individual Project Questionnaire* (IPQ), which consists of 28 questions on administrative topics and broad program outcomes and is administered annually; and the *Individual Client Questionnaire* (ICQ), which includes a *menu* of program indicators (106). ICQ indicators are participant-specific and address issue areas such as risk profile, use of services and pregnancy outcomes — at project entry, pre- and post-delivery, and project exit. All projects collect core indicators (38 items identified by Health Canada as relating to federal objectives) for the national level of the evaluation. Local projects and Joint Management Committees (JMCs) are free to choose other indicators of particular relevance to their specific project objectives from the *menu*.[3]

What the Evaluation Showed

The CAPC and CPNP evaluation instruments collect two types of information: *process* information about program development and implementation, and broad program outcomes; and *impact* information related to both the characteristics of individual participants (target population) and individual outcome indicators (program impact).

Process: capacity building

In addition to engaging more than 100,000 children and parents per month in more than 464 projects across the country in 2000-2001, CAPC projects have been successful in developing and maintaining partnerships, leveraging support — including financial (3-1 ratio), in-kind ($2.7 million) and volunteer (61,762 hours donated by more than 8,000 volunteers) — and

as a national platform for developing and delivering comprehensive community-based health promotion projects. Similarly, CPNP evaluation results indicate that more than 28,000 women participated in CPNP projects in 1999-2000. Moreover, 628 new program activities or services were created as a direct result of CPNP projects, including parent support groups, clothing/baby equipment banks, community kitchens and breastfeeding support groups.

Program reach

One of the most important questions related to program impact is whether the program is reaching its target population(s). Evaluation results showed that CAPC-funded projects were serving families experiencing much higher levels of socioeconomic disadvantage than the nationally representative families from the NLSCY (see Figure 1).[4] For comparable levels of socioeconomic disadvantage, CAPC families also had higher levels of psychosocial risk (as measured by family dysfunction, maternal depression and negative caregiving) than those in the NLSCY.[4] Moreover, CAPC-funded programs retained a majority of these at-risk families: "66 percent either completed the CAPC program or were still attending programs; about 15 percent were not attending (and did not complete) CAPC programs; and about 19 percent were lost to follow-up."[4]

CPNP-funded projects were also successful in reaching pregnant women living in disadvantaged conditions, who were least likely to participate in, or have access to, prenatal support.[5] More specifically:

- 58 percent of CPNP participants lived on household incomes of less than $1,000 per month
- 35 percent were teenagers, including 9 percent who were 16 years old or younger
- 56 percent had less than 12 years of education (22 percent had not completed grade 10)
- 47 percent were single, divorced, separated or widowed
- 22 percent were Aboriginal
- 46 percent smoked during their pregnancy
- 14 percent reported experiencing abuse during their current pregnancy

The first step in conducting a program evaluation is to develop an evaluation framework. It provides a systematic method for describing all the projects in the program as a whole.

Program outcomes

Related to program targeting is whether there is evidence of beneficial program participation. Evidence from the CAPC national evaluation was inconclusive when comparisons were restricted to the individual health outcome indicators available from the NLSCY. CAPC-funded programs were found to engage at-risk groups, and a majority of respondents indicated that CAPC programs were either "very helpful" (52.4 percent) or "somewhat helpful" (39.9 percent) at 24 months. Preliminary findings at nine months on individual health outcome indicators found downward trends in the levels of maternal depression, negative caregiving, and child emotional and behavioural problems among CAPC participants, which were greater than those among the NLSCY comparison group.[2] However, these preliminary findings of positive program benefits could not be confirmed at the 24-month follow-up. At that point, "the before-after differences were extremely small; in some instances, they favoured CAPC participants and in other cases they favoured comparison families in the NLSCY."[6]

Results from the CPNP national impact evaluation indicate that CPNP-funded projects appear to be having a positive impact on the target population based on two key

Table 1: CPNP Breastfeeding Initiation Rates	
17-19 years old	77%
Less than grade 10 education	72%
Single mothers	75%
Income less than $1,000 per month	77%
Aboriginal	78%

Table 2: National Breastfeeding Initiation Rates (NPHS, 1996–97)	
18-19 years old	66%
Less than high school education	60%
Single mothers	74%
Low income	75%

indicators: *breastfeeding initiation rate* and *low birthweight rate* (LBW).

The overall *breastfeeding initiation rate* for women in CPNP projects was 78 percent, virtually the same as the national rate of 79 percent.[7] It is worth noting, however, that although not directly comparable to national surveys, the CPNP at-risk participants appear to initiate breastfeeding at rates higher than those usually reported for similar at-risk subgroups in the National Population Health Survey (NPHS) (see Tables 1 and 2). While it is not possible to definitively describe breastfeeding duration rates as CPNP participants left the program at varying times during the postnatal period, more than one third (35.5 percent) breastfed their baby for at least one month and almost as many (31.4 percent) continued to breastfeed for at least 3.5 months.[7]

The CPNP *low birthweight rate* for singleton births was 6.1 percent (7.5 percent when multiple births were included).[7] This finding is promising for women living in the conditions of risk targeted by CPNP when compared to the low birthweight rate of 5.8 percent for the general Canadian population.[7] A definitive determination of CPNP's impact on birthweight awaits completion of a baseline comparison study, application and validation of a CPNP service index and the successful completion of other components of the national program evaluation. In the meantime, however, participants who entered late in their pregnancy or received a lower level

Figure 1: CAPC and NLSCY Families: Differences in Levels of Socioeconomic Disadvantage[4]

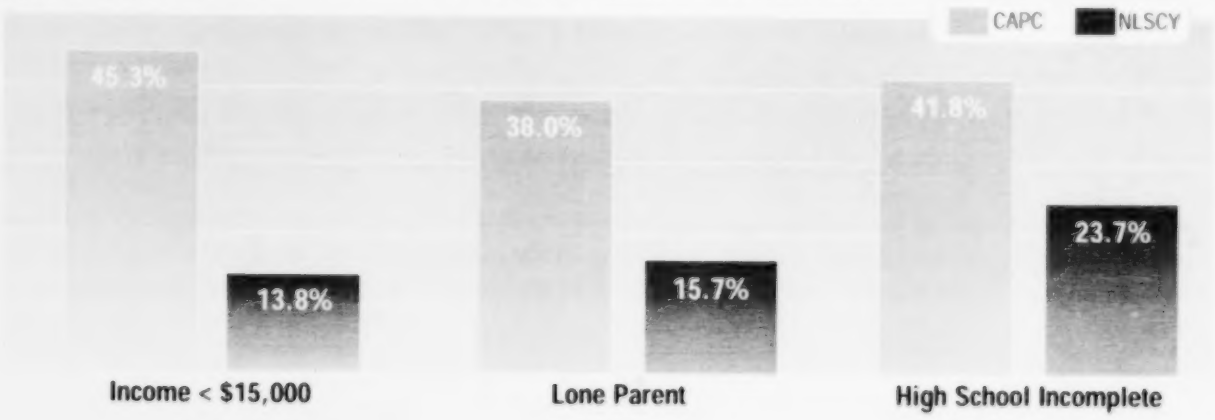
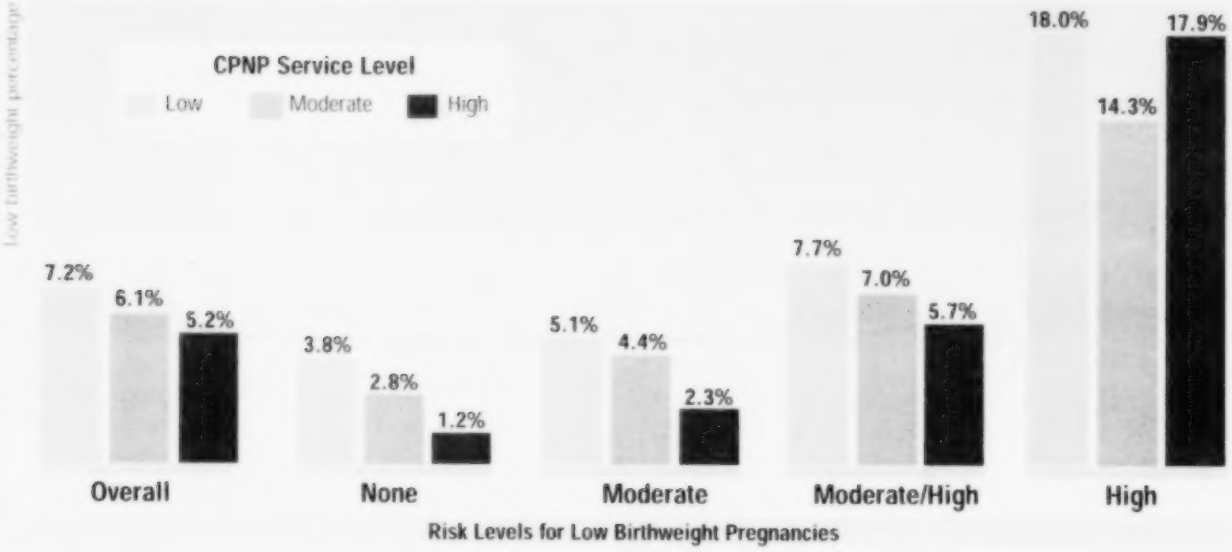


Figure 2: Level of CPNP Service and Birthweight*



of CPNP services have been used as a comparison group to assess program impact.

Figure 2[8] summarizes observations on LBW rates according to a composite index that combines service mix and duration of program participation. Drawn from cumulative data on individual project completers between 1995 and 2001, the analysis reveals:

- Overall, LBW rates appear to improve as participants are exposed to higher levels of CPNP services.
- LBW rates among CPNP participants grouped by risk categories for LBW pregnancies appear consistent with the overall findings, with the exception of the high-risk category which requires further study.

Looking Ahead

While evidence from the pioneering national evaluations of CAPC and CPNP is insufficient to conclusively determine program effectiveness, process and impact data point to some promising outcomes. Efforts to further refine evaluation methodologies and instruments, including cost-effectiveness analysis, are being pursued in order to provide decision makers and stakeholders with reliable information about all aspects of program effectiveness (see sidebar). Evaluating national community-based health promotion interventions pose many methodological challenges as such interventions operate in complex social environments where many interrelated factors affect the links between intervention and measurable outcomes. Nonetheless, the evidence generated from such comprehensive evaluations can provide a useful picture of the overall program and its component projects which can guide continuous program improvement, as well as provide a basis for assessing program impact.

CPNP: A Collaborative Evaluation

Health Canada's Departmental Program Evaluation Division is currently collaborating with various branches to conduct a Department-wide evaluation of the CPNP. This evaluation is consistent with the 1994 Treasury Board Submission and the 1996 CPNP evaluation framework and will build on the work presented in this article. The report is expected to be completed by March 31, 2003.

@ *Click here for references.*

"Back to Sleep" Campaign

Rosemary Sloan, *Population and Public Health Branch, Health Canada, and*
Shelley Cotroneo, *Health Policy and Communications Branch, Health Canada*

Social marketing has been used in conjunction with other interventions to change health behaviours and, ultimately, to improve health status. This article describes a social marketing campaign designed to reduce the incidence of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) in Canada. In addition to presenting the study's key findings, it highlights some "real world" evaluation challenges and lessons learned.

Background

Each week in Canada, an average of three babies die of SIDS, the unexpected and unexplained death of an apparently healthy infant. Once commonly known as "crib death," SIDS is the leading cause of post-neonatal death in the country. While its specific causes are not known, research has identified a number of risk factors, including sex (higher among males) and age (highest among two- to four-month-old babies). Modifiable risk factors include infant overheating, maternal smoking during the pre- and postnatal periods and, most importantly, the infant's sleeping position (infants who sleep on their back are at the lowest risk of SIDS). Research also supports the protective influence of breastfeeding.

Getting Started

Responding to SIDS as a significant public health concern, Health Canada, the Canadian Foundation for the Study of Infant Deaths, the Canadian Institute of Child Health and the Canadian Paediatric Society co-sponsored a national workshop on reducing the risk of SIDS in 1993. One of the outcomes of the workshop was a national social marketing campaign. Based on the scientific evidence available at the time — which included identification of the back and side as safe positions for sleeping — the campaign targeted health professionals and parents of newborn infants with a series of promotional pieces designed to raise awareness and change behaviour related to infant care.

The "Back to Sleep" Campaign

Within a few years, further research on SIDS demonstrated that the safest sleeping position for infants was on their back, not on their "back or side" as previously recommended. Based on this new information, in 1999 Health Canada and its partners launched a re-tooled version of their earlier campaign. The primary objective of the new campaign was to increase awareness about SIDS and to provide the "gatekeepers" to infant health and well-being — including parents, caregivers and health professionals — with information about the risks associated with SIDS. The goal was a 10 percent reduction in the incidence of SIDS over the next five years.

Building on the "Back to Sleep" slogan developed in the United States, the new campaign relied extensively on multiple media to raise awareness about SIDS in Canada. The campaign was based on a thorough analysis of the situation and a careful development and testing of the marketing tools. Focus groups were conducted with members of the target audience, including parents of children under one year of age, those planning to become parents in the next year and professional caregivers of infants.

Results showed that the target audience wanted persuasive and credible information (e.g., statistics that underscored the prevalence of SIDS) and acknowledgment that the campaign's key messages were evidence-based. Parents also wanted a hard-hitting message that captured their attention. These findings were incorporated into the final products, which included an information brochure and poster, a promotional ad for new parents' magazines and a 30-second public service announcement.

Health Canada and its partners also developed a joint statement providing health professionals with clear, consistent messages about how to reduce the risk of SIDS. To extend its reach, the campaign targeted its partners' networks and enlisted the help of Procter & Gamble, whose "Pampers" division markets over 300 products to more than five billion consumers in 140 countries. The company incorporated the "Back to Sleep" message onto its diaper waistbands, created a door hanger promoting the "Back to Sleep" message, distributed the "Back to Sleep" pamphlet to mothers of newborns through hospitals across Canada and promoted SIDS awareness through its advertising campaigns.

The Evaluation Process

Although the initial 1993 campaign did not include an evaluation component, data showed that the rate of infant deaths attributed to SIDS declined during the period of the campaign. For this reason, Health Canada and its partners were optimistic about the revised "Back to Sleep" campaign in 1999. In order to assess the impact of the new campaign, a market research component was developed. As a starting point, a baseline survey was conducted of new and expectant parents and caregivers to establish levels of awareness and knowledge, and behaviours relating to SIDS prior to the campaign launch.[1] While this survey established that awareness of SIDS was generally high, a significant proportion of the target group was not aware of the new findings about infant sleeping position.

In the spring of 2001, Health Canada conducted a post-campaign tracking survey, replicating the 1999 benchmark survey to test awareness, attitude and behaviour shifts since the earlier survey and to suggest any necessary modifications to the campaign.[2] A total of 605 respondents were surveyed, including representatives of the three target groups — parents of children under one year of age, those planning to become parents in the next year and professional caregivers of infants. Sampling was conducted among the general population as a whole, as well as among households with respondents between 18 and 40 years of age. Within households, respondents were screened according to the criteria established for the target group. The sample was composed of 87 percent women and included respondents from all regions of the country. The findings from the post-campaign tracking survey were then compared to the pre-campaign benchmark survey.

The Results

The results showed a substantial increase in knowledge and awareness levels about the importance of placing babies to sleep on their back from the first to the second survey. Moreover, there was a significant increase in parents' behaviours related to infant sleeping position. Among the study's key findings were:

- awareness of SIDS as an important cause of infant death had increased since 1999 (from 94 percent to 97 percent)

- awareness that the back sleeping position reduces the risk of SIDS had increased substantially since 1999 (from 44 percent to 66 percent)
- behaviours had changed considerably over the two-year period; about 70 percent of parents and caregivers — an increase of about 30 points — said they placed infants on their back to sleep
- advice from health professionals had changed substantially — 67 percent advised a back sleeping position in 2001, up from only 21 percent in 1999

Issues and Challenges

The "Back to Sleep" campaign highlights a number of important issues relevant to the evaluation of health promotion interventions. These include:

Length of time

A key issue in assessing the effectiveness of health promotion interventions is the length of time required to determine whether changes have occurred in the intended health outcomes. This was less of a problem in the "Back to Sleep" campaign as SIDS is an absolute event that usually occurs within the first year of life. As the tracking survey showed a substantial increase in the number of parents placing their infants on their back to sleep, one would expect a corresponding decline in the number of SIDS deaths during this period. However, as a two-year wait is generally required for mortality data to become available and be analyzed, it is too early to determine whether the campaign had an impact on the rate of infant deaths due to SIDS.

Attribution

While the results showed a sizable increase in the number of parents placing their infants on their back to sleep, one cannot say, for sure, that these positive program outcomes were *caused* by the campaign. As pointed out in the article entitled "Correlation and Causation Demystified" (page 31), correlation is not evidence of causation. Thus, without controlling for other, potentially influential factors during the 1999-2001 period, these changes in knowledge, awareness and behaviour cannot be definitively attributed to the "Back to Sleep" campaign. However, questions included in the post-campaign survey regarding changes in respondents' awareness and behaviours over the period of the campaign help to strengthen the evidence base.

Figure 1:

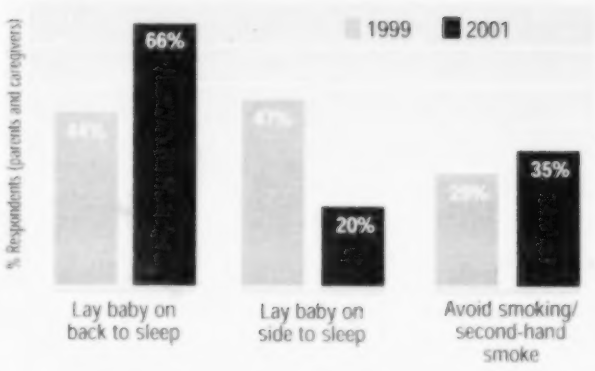
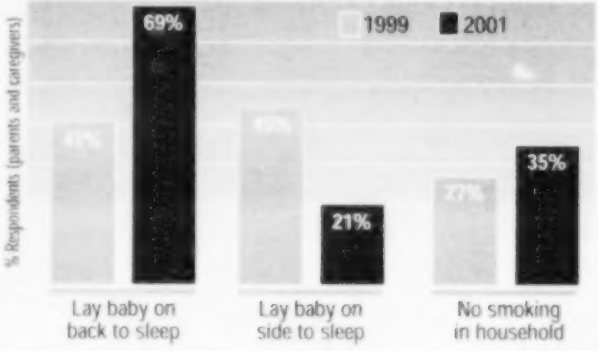


Figure 2:



When is there enough evidence?

This is a frequently asked question in assessing health promotion effectiveness. In an ideal situation, one might prefer to reserve the label "effective" for interventions in which "cause and effect" can be demonstrated. However, since randomized controlled trials are often neither feasible nor appropriate in assessing health promotion effectiveness, assigning attribution can be problematic. Therefore, in most real-life situations, judgments of effectiveness must be made — not on evidence of causation — but on demonstration of a correlation between the intervention and the outcomes, and on the strength of that correlation. Such is the case with the "Back to Sleep" campaign, at least until the SIDS mortality data become available.

@ *Click here for references.*

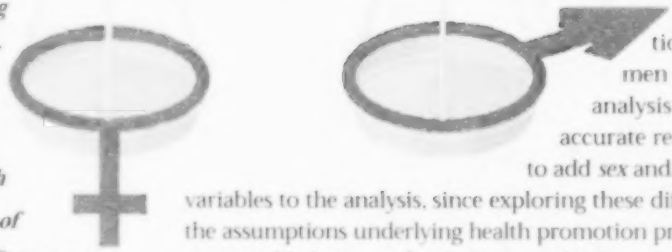
Gender Matters:

Evaluating the Effectiveness of Health Promotion

Sari Tudiver

Women's Health Bureau, Health Policy and Communications Branch, Health Canada

Women and men differ in health status and patterns of disease and in their use of the health care system. Understanding why these differences occur (i.e., how gender is a determinant of health) and how to improve health outcomes requires a range of research and evaluation. This may include evidence on* sex (biological) differences *which offer insights into possible chemical, genetic and metabolic differences in disease susceptibility and treatment approaches. Understanding why health promotion interventions are or are not effective also requires consideration of* gender differences *— the socially constructed roles and relationships, attitudes, meanings and relative power ascribed to men and women in society (Women's Health Bureau website at http://www.hc-sc.gc.ca/english/women).[1]



Integrating Gender into Evaluation

Gender-based analysis (GBA) is an analytic tool applied to research, policies and programs to ensure that appropriate questions are asked about both men and women so that the analysis yields sensitive and accurate results. It is not sufficient to add *sex* and/or *gender* as independent variables to the analysis, since exploring these differences often challenges the assumptions underlying health promotion programs and the interpretations of behaviour. Applying a gender lens can identify other variables appropriate for analysis and the paths by which they operate. Evaluation outcomes may also be different for women and men.

GBA should be an iterative, creative and systematic process, applied at all stages of an evaluation. A gender-sensitive evaluation asks:

Are the differing contexts of women's and men's lives addressed in this intervention?

Gender differences help to explain why women and men do or do not engage in health-promoting activities. For example, many women cannot participate in recreational exercise due to social barriers such as lack of child care or transportation. Men also encounter barriers to program participation.[2] Thus, evaluations of the effectiveness of such programs must assess whether gender-specific obstacles were considered and addressed.

Does the intervention identify and analyze the diversity within sub-groups?

When appropriate, a gender-sensitive evaluation analyzes the diversity *within* and *between* the populations of women and men, in terms of age, culture and ethnicity, abilities/disabilities, sexual orientation and socioeconomic status. This allows for a better assessment of how health promotion interventions might have different relevance to women and men from varied circumstances.[3] Analyzing diversity also contributes to greater clarity about the generalizability of findings.

Does the intervention engage women and men in meaningful ways?

Positive health promotion outcomes are most likely when people are actively engaged in participatory research and as partners in designing interventions appropriate to their needs.[4] A gender-sensitive evaluation

assesses how women and men are involved in program design and follow-up, and tries to identify those whom the program *failed* to reach. If evaluations are to be developed through the involvement of "hard to reach" groups, it is important that the necessary resources are provided. Participation can place particular burdens on women and their community organizations, many of which have limited resources.[5]

Does the intervention reveal unintended outcomes?

Evaluation methods must be flexible enough to distinguish outcomes not previously anticipated. For example, quit rates for a women-specific smoking cessation program did not differ significantly from those in other types of programs, but participants identified other benefits such as increased self-care, a sense of empowerment, self-awareness and new social support networks.[6]

"Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential . . . This must apply equally to women and men."

Ottawa Charter for Health Promotion

Where does the intervention fit in the context of other social, political and economic realities?

Gender-sensitive evaluation offers a method to analyze the interplay among interventions and social forces to assess whether different approaches may *reinforce* or *undermine* what are thought to be positive outcomes. For example, since women traditionally assume family caregiving roles, the need for policy change is often ignored.[7] Evaluation of a skills training program for women providing home care for relatives may show short-term benefits to the caregivers in alleviating personal stress, but fail to address the underlying need for institutional and policy change (e.g., respite care). The evaluation process should be able to identify how multiple interventions, or the lack of intervention, affect outcomes differently for men and women.

GBA: A Mental Health Example

Research has shown that the diagnoses of borderline personality disorder (BPD) and dissassociative identity disorder (DID) are more often given to women, and that these are associated with childhood sexual abuse and trauma. Research suggests that this population has difficulty accessing services and, as a result, repeatedly use emergency services. One Canadian study found that women with DID often go undiagnosed for approximately eight and a quarter years. An estimated savings of $84,899.44 per person could be achieved if earlier and accurate diagnoses were to occur.

A gender-based analysis corrects for this problem by: including sex-disaggregated data; integrating an understanding of gender in diagnoses; and identifying service provision sites more often used by women and vulnerable groups. Such analysis reveals more clearly how the system functions differently (or the same) for men and women, leading to better service delivery.

Adapted from: Pederson A, Hankivsky O, Morrow M, Greaves L. Gender-based Analysis: Using a Better Evidence Base for Research, Policy Making and Program Development in Health, Vol. 1. Women's Health Bureau, 2002 (forthcoming).

Gender Does Matter

Gender-sensitive evaluation contributes to a more rigorous body of evidence about the outcomes, effectiveness and relevance of health promotion policies and programs. There is a substantial body of conceptual tools for gender analysis, as witnessed by major initiatives in "gender mainstreaming" in Europe and North America.[8] As the *Ottawa Charter* envisioned, gender *does* matter in achieving equity and enabling people "to take control over those things which determine their health."

Thanks for their input to Women's Health Bureau colleagues: Lynne Dee Sproule, Virginia Adamson, Cathy Mattern and Susannah Bush; and to Dr. Wilfreda Thurston, University of Calgary.

@ *Click here for references.*

Creating the Right Mix

Phyllis Colvin

Policy Division, Health Policy and Communications Branch, Health Canada

Health promotion strategies are comprehensive "baskets" or "portfolios" of different types of interventions. As a result, it is not just the effectiveness of individual interventions that is important, but knowing how they can be combined to create the most effective "mix." The health literature provides some fine analyses of the effectiveness of individual health promotion interventions, and of the comparative effectiveness of interventions based on analytical measures, such as cost per year of life saved.[1] While this type of analysis is very valuable, it is not sufficient to underpin complex national health promotion strategies.

There is increasing recognition that, to be effective, policy models must employ complex, non-linear and dynamic approaches to encompass the full range of interventions available, as well as the potential interactions among these interventions. The automobile provides a useful analogy. In order for a car to function, its various parts (e.g., fuel source, chassis, engine, battery, carburetor) must all be present and work in synergy. Extrapolating to health promotion, what is needed is the right mix of parts — or interventions — to produce the best functioning, most cost-effective "health promotion car" possible.[2]

Integration in Policy Development

The challenge of taking an integrated approach to policy development is faced by Health Canada as a whole. Like health promotion, the Department encompasses a variety of activities and programs, and it is developing an integrated approach to policy development and priority setting so that it can determine the most effective mix of interventions across the board. This challenge is being addressed using some fairly straightforward management tools described in business literature on conglomerates.[3] These tools include: continuous corporate-level discussion about policy and priorities; ongoing maintenance of a "portfolio" of proposals from across the institution; proposal integration and reinforcement of integration through the policy/planning/budgetary process. A key to this type of exercise is management agreement on policy criteria, such as those now in use in the Health Canada policy community (see sidebar).

Health Canada's Policy Evaluation Criteria

- Potential for improved health outcome.
- Potential for reduction in health inequalities.
- Established government or ministerial priority.
- Established federal-provincial priority.
- Optimal choice of instruments: potential for improved health outcome relative to other interventions.
- Appropriate exercise of federal/Health Canada role.
- Appropriate involvement of partners, including prior consultation.
- Adequate human and other resources in place to ensure relevant health outcomes.
- Is there an evidence base that supports the specific approach/measures being proposed?
- How does the proposal compare with other jurisdictions (e.g., WHO, OECD)?
- Potential for improved health outcome for the health issue being addressed relative to other health issues and activities.
- Degree to which an essential element in fulfilling elements of other priorities.
- Value in retaining capacity to participate constructively in related opportunities or necessary collaborations.
- Potential for "bridging" to future opportunities.

The main justification for this type of process investment is that organizations with "baskets of activities" are capable of absorbing risk more effectively than those without them.[4] This stems from the benefits associated with "fit" and "context," and the opportunities that can flow from a synthesis of various proposals.

Templates as Policy Development Tools

Health Canada is currently developing new mechanisms to help make complex policy decisions involving multiple components. This promises to provide useful insights for health promotion as it also takes on the challenge of assembling effective intervention mixes. A useful starting point is the aggregation into a "template" of interventions with clear and well-understood linkages. This is demonstrated in a recent policy exercise relevant to early childhood development, which was undertaken to develop a comprehensive "basket" of policy interventions in response to the increase in mothers' age at first birth — a trend that has been observed in Canada since 1976.[5] An important first step involved the identification of all the possible policy areas that could be affected by this trend — abortion, assisted human reproduction, prenatal care, parenting, family income and debt and career plans, to name just a few. From this list, a comprehensive template was constructed that not only accounted for all policy areas but also made explicit the complex web of interrelationships, linkages and synergies among them. This template was then used to develop a comprehensive policy "mix" by selecting options from each of the policy areas that could be assembled with the best possible "fit."

In Conclusion

Multiple interventions are often employed in health promotion strategies as well as other complex policy initiatives. As each intervention has the potential to affect the outcomes of other interventions, decision makers need to take such linkages and synergies into account when selecting the most effective "basket" of interventions.

@ *Click here for references.*

Evidence of Effectiveness:

Assessing the Gaps and Moving Forward

Jim Ball

Director, Population Health and Health Promotion Development Division, Population and Public Health Branch, Health Canada, and Guest Editor for this issue of the Health Policy Research Bulletin

This issue of the* Health Policy Research Bulletin *has addressed the theme of effectiveness of health promotion — an "upstream" approach to improving population health and addressing inequalities in health status. The authors have provided a solid overview of information applicable to policy and decision making, program design and implementation, and evaluation and applied research. The articles also discuss national and international efforts to develop and apply quality evidence on the effectiveness of health promotion interventions.

Evidence for Planning and Priority Setting

Evidence plays a fundamental role in the processes of health planning, priority setting and policy development. Funding and accountability requirements have also resulted in an increasing demand for proof that policies and programs are based on sound evidence.

Recent investments in health information and research (e.g., *Canadian Community Health Survey, Canadian Population Health Initiative, Global Burden of Disease*) are significantly advancing our understanding of health status, as well as the determinants of health and their relationship to health issues. This evidence of "opportunity" is beginning to give us clear information about what health problems and factors, if acted on effectively, would yield the best health gains. However, we still have much to learn about what these "effective actions" are. This imbalance in the evidence base is perpetuated by not giving sufficient attention to applied or implementation research, or to comprehensive policy and program evaluation processes. As a result, we often have an incomplete picture when undertaking population health planning and attempting to establish policy priorities and program initiatives.

In recognition of this problem, work is currently under way at the international level through initiatives such as those sponsored by the International Union for Health Promotion and Education (see "Who's Doing What," page 28). Health Canada and/or Canadian experts have been key participants in these initiatives and it is clear that progress is being made. Evidence that health promotion can achieve outcomes leading to improvements in health status has been documented and disseminated. At the same time, however, there remain a number of gaps and challenges related to the development and application of evidence of effectiveness in our planning and policy work.

Assessing the Gaps

Developing a clear understanding of the gaps and challenges in generating and applying evidence of effectiveness is a critical first step in moving forward to address them. Some of the most significant gaps are:

Lack of an adequate base of applied knowledge in key and emerging health issue areas

A number of key health issue areas (e.g., mental health, community capacity development, at-risk population groups, etc.) are recognized as being sufficiently important to warrant attention as policy priorities.

However, many of these issues and their underlying determinants lack an organized, credible information base on how they can be effectively addressed through policy and program initiatives.

In the short term, some of these knowledge gaps could be addressed by implementing specific synthesis projects and related activities such as consensus conferences. Canada's current participation in global initiatives represents a strategic opportunity to align international evidence gathering with Canadian needs.

Limited systematic evaluation of the effectiveness of existing health promotion strategies

One of the main reasons for the limited evidence base relevant to the Canadian context is the lack of long-term, comprehensive evaluation studies of current policy and program initiatives. While information about the experiences of comparable nations is useful, future decisions regarding Canadian policy and program development should be based on core evidence about the processes, outputs and impacts of Canadian strategies. While it is recognized that there is an increasing level of evaluative activity in Canada, these efforts are often not sustained long enough to determine the full extent of the benefits, or lack thereof, of the intervention(s), particularly in terms of affecting health outcomes. There is also a need to aggregate the results of program evaluation studies and processes, and share information across various issue and program areas.

Need for improved accessibility to, and transfer of, knowledge on effectiveness

Knowledge about the effectiveness of interventions is only useful if it is readily available and applied appropriately in analysis and planning processes. Currently, however, accessing relevant, user-friendly evidence to support these processes is a challenge. Not only is the evidence base limited, but what does exist is housed in numerous sources around the globe.

The development of an integrated system with a common approach for the ongoing identification, storage and retrieval of information on effectiveness relevant to Canadians needs could form the basis for responding to these issues. This system could involve a virtual repository by linking existing sources of credible information and providing users with a portal and "road map" to facilitate access. The experiences of other countries, such as the "Gateway" initiative of the Health Development Agency in Britain, can provide useful insights to inform the potential design of such a system in Canada.

Knowledge transfer strategies are also needed to provide an analysis of evidence in formats that can be readily used in the current Canadian policy context. Training initiatives would also be valuable in supporting the appropriate interpretation and application of evidence in policy and planning processes.

Future Canadian policy and program development should be based on core evidence about the processes, outputs and impacts of Canadian strategies and relevant international experiences.

Need to address methodological issues and develop standards for assessing and applying evidence

As noted elsewhere in the Bulletin, numerous issues related to methodology and terminology need to be addressed as part of the process of developing a sound evidence base and applying it appropriately in policy and planning work. The most significant of these issues should be identified and work initiated to build consensus on a consistent set of standards and guidelines. As a starting point, efforts should be directed to such questions as:

- What constitutes sound evaluation methodologies?
- At what point can the findings of evaluation studies be generalized?
- What constitutes sufficient evidence for decision making and planning?
- What do we mean by best practices?
- Under what circumstances is it acceptable to use logic or outcome models to fill knowledge gaps in policy analysis and development work?

Moving Forward

Given the fundamental role of evidence of effectiveness in our efforts to improve health outcomes, these gaps and questions, as well as others that can be identified, require concerted national attention. Such an effort is an essential first step to enhancing the knowledge base needed to guide priorities for investment and to support the design of sound policy and program initiatives that will contribute to the health and well-being of Canadians.

Who's Doing What?

Halina Cyr *and* Brenda Steinmetz, *Strategic Policy Directorate, Population and Public Health Branch, Health Canada*

A number of major initiatives are under way to synthesize and disseminate evidence of the effectiveness of health promotion interventions. This article profiles key international initiatives and Canadian policy research networks contributing to the development of the evidence base for health promotion.

On the International Scene

Initiative	Approach	Current Focus/Future Directions
Systematic reviews of effectiveness in the health and social domains		
The Cochrane Health Promotion and Public Health Field The arm of the Cochrane Collaboration that represents health promotion and public health. http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/	• promotes the production and use of systematic reviews using rigorous methods • historically, puts emphasis on randomized controlled trials • currently exploring other methodologies, e.g., qualitative, non-randomized, economic • targets policy makers, practitioners and consumers	Useful web links and over 75 topical reviews listed, such as: • mental health • nutrition, overweight and obesity • tobacco control • population groups Considering strategies to improve quantity, quality, relevance of systematic reviews to health promotion.
The Campbell Collaboration Affiliated with the Cochrane Collaboration, this emerging initiative focuses on the effects of social and educational policies and practices. http://www.campbell.gse.upenn.edu	• prepares, maintains and promotes access to systematic reviews of effectiveness • prefers randomized field trials; non-randomized field trials accepted • examining experimental, quasi-experimental and process/qualitative methods	Established in 2000. Maintains registry of field trials. Reviews under way in three subject areas of education, crime and justice, and social welfare include: • neighbourhood watch programs • employment and training of populations at economic risk • housing and transportation
The IUHPE: Engaging decision makers and researchers to promote relevance to policy		
The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe, A Report for the European Commission (2000) A report by the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) assessing 20 years of evidence on the impacts of health promotion. Not available electronically, but can be ordered at http://www.iuhpe.nyu.edu	• uses literature reviews combined with expert opinion • draws on a wide range of methodologies • is guided by an international advisory group and a "witness group" of political experts • maps out where health promotion has made a difference, areas open to debate and research gaps • recommends areas for action	Two-part report includes a summary document for decision makers and a comprehensive *Evidence Book* for public policy advisors. Political, social, economic and health impacts of interventions assessed, for example: • aging • mental health • workplace • heart disease IUHPE is launching a three-year project with the WHO and other global partners to expand the evidence base. Pan American Health Organization to evaluate healthy municipalities initiatives in this effort.

Initiative	Approach	Current Focus/Future Directions
Country initiatives: Building an evidence base linked to national plans		
The United States		
The Guide to Community Preventive Services The *Community Guide* addresses public health topics linked to the U.S. *Healthy People 2010* objectives. Led by an independent multidisciplinary Task Force on Community Preventive Services and supported by the Centers for Disease Control and Prevention. http://thecommunityguide.org	• systematically reviews evidence of effectiveness and cost-effectiveness of population-based interventions • uses an explicit analytical framework; includes a range of study designs • assesses unintended effects and barriers to implementation • identifies research gaps • makes recommendations for the use of interventions	Volume 1, due in 2003, to include 15 chapters. Completed to date: • tobacco prevention and control • vaccine preventable diseases • motor vehicle accidents Information on forthcoming chapters also available, for example: • alcohol use and misuse • physical activity • cancer • improved pregnancy outcomes • sociocultural environment
The United Kingdom		
The Health Development Agency (HDA) Evidence Base Initiative The HDA is a special health authority in England. The *Evidence Base* supports the implementation of the national plan *Saving Lives: Our Healthier Nation.* http://www.hda-online.org.uk/evidence/eb2000	• focuses on what works to improve public health and reduce inequalities • evolving a searchable database (*Evidence Base 2001*) of electronically available systematic reviews, literature reviews, meta-analyses, etc.	In the early stages of development, but currently provides a gateway to other databases. Future plans include: • expanding the database in priority areas • focusing on translating evidence into practice
National Health Service Centre for Reviews and Dissemination (NHS-CRD) A sibling organization of the UK Cochrane Centre, the CRD promotes research-based practice in England's National Health Service. http://www.york.ac.uk/inst/crd/	• undertakes systematic reviews • maintains searchable databases • provides guidance for carrying out reviews	Some reviews examine health promotion and disease prevention topics; most focus on health care. A report on the *Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the wider public health agenda* was produced in 2000, and is currently being updated.
Evidence for Policy and Practice Information Coordinating Centre (EPPI-Centre) Part of the Social Science Research Unit, London University Institute of Education, United Kingdom. http://eppi.ioe.ac.uk/	• carries out evidence-based work on health promotion and other social interventions • maintains the electronic *Register of Reviews of Effectiveness in Health Promotion*	Over 400 reviews organized by keyword, according to: • health focus (e.g., sexual health, tobacco) • population group (e.g., age, gender) • type of methodology (e.g., meta-analysis)

The Canadian Corner

The Canadian Consortium for Health Promotion Research

- The Consortium, a collaboration of 14 university-based centres, aims to enhance health promotion research, policy and practice in Canada (http://www.utoronto.ca/chp/chp/consort/). Member centres conduct important work related to effectiveness, including:
  - developing community health indicators and the creation of evaluation tools
  - preparing working papers such as "Healthy Lifestyle: Strengthening the Effectiveness of Lifestyle Approaches to Improve Health" and "An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion: A Review of 17 Initiatives"
  - sponsoring international symposia on effectiveness and collaborating on international work on health promotion evaluation (see page 8)

Research Funding Organizations

- The **Canadian Institutes of Health Research** fund innovative research on health promotion and knowledge transfer strategies. For example, McMaster University is being supported for a project on the Development and Evaluation of Strategies to Summarize and Disseminate the Findings of Systematic Reviews in Public Health and Health Promotion to Practitioners, Health Policy Makers and Consumers, to be completed in late 2002 (http://www.cihr.ca).
- The **Canadian Population Health Initiative**, part of the Canadian Institute for Health Information, provides research funding to address questions such as: To what extent do Canada's major policies and programs improve population health? What are the health status benefits of population-based interventions? What key strategies could be integrated into a comprehensive approach addressing the determinants of health? (http://www.cihi.ca/Roadmap/CPHI/fundingprogram.shtml).

Systematic Review Initiatives

- The **Effective Public Health Practice Project**, an initiative of the Ontario government's Public Health Research, Education and Development (PHRED) Program, is linked to the Cochrane Collaboration. Approximately 20 systematic reviews of effectiveness are available on their website, on topics such as tobacco prevention, adolescent health and nutrition (http://www.city.hamilton.on.ca/sphs/EPHPP/default.htm).
- The **Canadian Task Force on Preventive Health Care** conducts systematic reviews and generates recommendations for clinical preventive actions, including primary prevention (http://www.ctfphc.org/).

Policy Research Demonstration Projects

- Ontario's community-based **Better Beginnings, Better Futures** initiative is a longitudinal policy research demonstration project to provide information on the effectiveness of prevention and promotion as a policy for children. The "Short Term Findings Report" from the demonstration phase (1993-98) is posted on the website (http://bbbf.queensu.ca/).
- Established in 1991, the **Social Research and Demonstration Corporation** is a non-profit organization that evaluates existing social programs and tests new program ideas to provide policy makers and practitioners with reliable evidence about what works in social policy and what does not (http://www.srdc.org/).

Sharing Tools and Learning

- The **Canadian Heart Health Initiative's** dissemination research and health promotion capacity building findings are profiled in a recent supplement of *Promotion & Education* (No. 1, 2001), published by the International Union for Health Promotion and Education.
- A national initiative launched in 1999, the **Prevention Dividend Project** aims to demonstrate where good investments can be made in prevention and early intervention and to showcase the tools and methods for calculating their economic impact. Funding comes from various sectors, including the federal government (http://www.prevention-dividend.com).
- For up-to-date information on health promotion and population health, visit Health Canada's **Population Health website** (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/).

Did You Know?

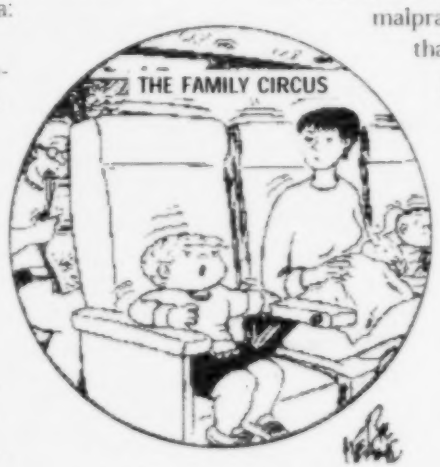
Did You Know *is a regular column of the* Health Policy Research Bulletin *examining aspects of health research and data that may be subject to misconceptions. In this issue, we examine some statistical myths related to correlation and causation.*

Correlation and Causation Demystified

Allan Pollock, *Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada*

Nearly everyone involved with statistical research has likely heard the long-standing mantra: "Correlation is not causation."

When trying to assess the effectiveness of health interventions, it is often easy to find changes in health indicators that correlate with the implementation of any given health intervention. However, effectiveness can only be inferred from a causal relationship between the intervention and the health outcome. Unfortunately, the true effects of health promotion interventions on health outcomes often take considerable time to become evident, meaning that one must consider the delay between a health promotion intervention and health outcomes in order to infer a causal relationship between them.



"I wish they didn't turn on that seatbelt sign so much! Every time they do, it gets bumpy."

Reprinted with special permission of King Features Syndicate.

The purpose of this article is to explain the differences between correlation and causation, and to point out that recent statistical developments are helping researchers make inferences about causal relationships from their statistical correlations.

Hospitals and mortality: a misinterpreted correlation

In reviewing hospital utilization data, it is apparent that mortality rates are lower for people who have not been admitted to a hospital within a given time period than for those who have. In statistical terms, there is a correlation between the probability of death and whether an individual has been hospitalized. Should we then infer a causal relationship from this statistical correlation — namely, that going to the hospital can increase the chances of dying? In considering this question, we need to be aware that there are three reasons why mortality and hospital utilization may be correlated:

- one may be causing the other
- both variables may be causally related to a third, possibly hidden, variable
- the correlation may be purely the result of chance

While there may be cases of death due to medical malpractice or accident, it is highly unlikely that these constitute a significant proportion of hospital deaths. A closer analysis, however, would reveal that severe illness often leads to death and that individuals in hospitals are much more likely to be seriously ill than those who are not in hospital. After properly considering the relevant relationships between illness, hospital utilization and mortality, it is likely that the opposite relationship will be indicated — namely, that hospitals *save* lives.

Correlations are rarely simple

The only time that one can infer a causal relationship with confidence is when the correlation is generated by a random experiment. In a random experiment, the only possible explanation for differences between the control and experimental groups is the treatment itself. Since random experiments are costly and sometimes unethical, most relationships must be estimated using data from other sources. Thus, making causal inferences can be difficult, as most correlations are the combined result of a direct causal relationship, an indirect relationship involving a third variable and coincidence.

Continued on page 33

Using Canada's Health Data is a regular column of the Health Policy Research Bulletin highlighting some of the methodologies commonly used in analyzing health data. In this issue, we present an overview of summary health measures of population health.

Beyond Life Expectancy . . .

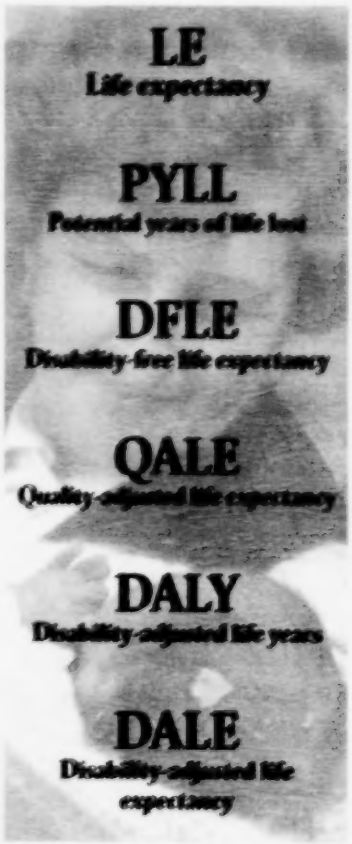
Ron Wall *and* **Robyn Foster**, *Applied Research and Analysis Directorate of the Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada*

Composite summary measures are widely used to monitor changes in the health of populations and can aid policy makers in comparing the health impacts of diverse health promotion and other interventions. This article describes some composite indicators used in measuring length and quality of life. Beginning with life expectancy, it provides an overview of key measures and describes how they are calculated.

Level and Causes of Mortality: The Impact of Fatal Disease and Injury

Life expectancy (LE) is the average length of life that an individual is expected to live, starting from a given age, if prevailing mortality rates were to continue. Although it can be calculated at any age, LE at birth is the most useful summary measure of the level of mortality for comparing populations as it is sensitive to differences in mortality among infants and the very young.

Potential years of life lost (PYLL) by cause of death is an important measure of premature mortality that weights age of death relative to an arbitrary age (e.g., 75 years) and provides information on the specific causes of mortality. PYLL gives injuries, which result in the deaths of many younger people, greater weight than the circulatory diseases and cancers that are primarily associated with deaths among older people. In identifying deaths that could potentially be avoided, PYLL is a useful tool in informi g priorities for prevention and health promotion programs. One of the drawbacks to this measure is that it does not account for years of life lived beyond the arbitrary age.



Disability and Quality of Life: The Impact of Nonfatal Diseases

Disability-free life expectancy (DFLE) reduces LE for the period of time a person lives with a disability. In Canada, self-reported activity limitation has been used as a proxy for disability.

Quality-adjusted life expectancy (QALE) is a broader measure of health expectancy that advances measurement by adjusting LE for the quality of life lived with impaired physical, mental and/or social functioning. Using this approach, years spent in health states that are less than optimal can be aggregated with years spent in good health.

Disability-adjusted life years (DALY) calculates years of healthy life lost to disease and injury by combining years of life lost to premature mortality prior to an arbitrary age with years lived with disability. The weights used to aggregate years lived with disability reflect preferences for different states of disability. Unlike rankings based on premature mortality, the DALY recognizes the health effects of nonfatal health conditions. Disability-adjusted life expectancy (DALE) has also been estimated by adjusting LE for the prevalence of disability from health conditions by age group and the weight estimated for each type of disability. The DALY and DALE are limited by the availability/quality of epidemiological data.

Table 1: Calculating Summary Measures of Population Health

Summary Measure	How Is It Calculated?
Life expectancy (LE): A widely used indicator of length of life.	Formulated using life table methods, which apply data on prevailing mortality by age and sex of a population for a given observation period, typically the calendar year, to estimate survival of a hypothetical cohort over time.
Potential years of life lost (PYLL): An index of the potential years of life lost to premature mortality.	The median age of death by cause in each age-sex grouping is subtracted from 75 (or 70) and multiplied by the number of deaths.
Disability-free life expectancy (DFLE): Life expectancy decreased by years lived with disability.	Health surveys and the census provide data on the prevalence of disability by age and sex. The proportion of people with disability is then applied to the life table described above.
Quality-adjusted life expectancy (QALE): Life expectancy decreased by years lived with impaired physical, mental and/or social functioning.	Health surveys since 1990 provide data on the prevalence of health states by age and sex — e.g., the *McMaster Health Utilities Index Mark III* global score of health-related quality of life. Age-sex specific mean scores are then applied to the life table described above.
Disability-adjusted life years (DALY): Potential years of life lost plus years lived with disability.	Epidemiological data are combined with disability weights to estimate the years of life lost to disability for incident cases of selected health conditions. This estimate is added to the above years of life lost to premature death.

Continued from page 31

@ Click here for references for Using Canada's Health Data.

How researchers deal with the problem of a third variable (such as the severity of illness) depends on whether the variable can be fully observed. In the case of in-hospital mortality, access to data on the severity of the illness leading to death for individuals both in and out of hospitals would allow researchers to model the relationship as described above. If, however, detailed individual-level data do not exist, or if the cause of death cannot be determined for each individual, it is more problematic.

New techniques are available

Recent developments in statistical methods, such as instrumental variables, difference in differences and other methods of exploiting "natural experiments," have resulted in the introduction of a number of techniques for addressing the empirical problems associated with hidden variables. All of these techniques were developed in hopes of simulating a random experiment, which would then allow researchers to make inferences about causal relationships without the need to conduct a truly random experiment.

While the example of in-hospital mortality may appear both extreme and obvious, it highlights a critical aspect of the application of any statistical method — namely, that no statistical technique (regardless of how recent or complex) can yield reliable estimates of a causal relationship unless it is applied within an appropriate theoretical framework.

New and Noteworthy

New and Noteworthy *is a regular column of the* **Health Policy Research Bulletin** *highlighting "up and coming" policy research in the health field.*

Deputy Ministers Health Services Research Priorities

In the spring of 2001, the provincial, territorial and federal Deputy Ministers of Health identified their joint priorities for health services and related policy research. These priorities are being shared with Canadian stakeholders in the consolidated report *Listening for Direction*, which is available from the following websites:

- Canadian Health Services Research Foundation — http://www.chsrf.ca
- Canadian Institutes of Health Research — http://www.cihr.ca
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment — http://www.ccohta.ca
- Canadian Institute for Health Information — http://www.cihi.ca

New and Powerful Policy Tool

A new policy tool — the Health-Tax Microsimulation Model (HTSIM) — enables health policy makers to simulate changes in the tax treatment of health-related expenses and assess the distributional impacts and costs of these changes. HTSIM shows the revenue changes and distributional impacts of: modifying the tax parameters of existing measures such as the medical expenses tax credit; assigning (new) taxable benefits; assessing new ways to help with out-of-pocket health expenses; and even modifying existing or introducing new income support programs. The Microsimulation Modelling and Data Analysis Division (MSDAD) and Health Canada's health policy community are working together to formulate viable tax-delivered health options. For more information, contact Anil Gupta at anil_gupta@hc-sc.gc.ca

OECD 2001 Health Data CD-Rom

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) has released its 2001 Health Data CD-ROM containing health data on OECD member countries for multiple years. The CD-ROM allows users to develop multi-country comparisons on issues such as mortality, morbidity, health care resources and utilization, and financing and remuneration. The results are available in a variety of formats and can be exported for use in Excel® and other documents. For more information, visit the OECD website at http://www.oecd.org

Funding for Health Policy Research

A strategic, targeted contribution program of Health Canada's Applied Research and Analysis Directorate (ARAD), the Health Policy Research Program (HPRP) generates extramural policy-relevant research designed to meet the needs of the Department. The HPRP supports research and developmental projects; policy-relevant projects, workshops, seminars and conferences; and federal/provincial/territorial health research partnerships.

Requests for proposals in Health Canada's priority areas will be posted on the ARAD website (http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa) on the following dates:

- primary research and/or synthesis — annually on January 15, September 15 and November 15
- workshop and/or seminar — annually on March 1, October 1 and December 1

Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs

A new evidence-based guide from the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) describes key elements of effective state-level tobacco control programs, including programs for communities, schools and the entire state. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs* (August 1999) draws on lessons learned to address the impact of various programs in reducing the burden of tobacco-related diseases. The guide is available on the CDC website at http://www.cdc.gov/tobacco/interv.htm

A Tool for Population Health Action

Population Health Template: Key Elements and Actions That Define a Population Health Approach is a resource for advancing understanding of the population health approach. A work in progress by Health Canada, it organizes and consolidates current knowledge about population health under eight "key elements." The template has a variety of uses, including: policy and program development and implementation; training and education; and evaluation. The template was used to develop the framework for analysis for the *Case Studies of the Regional Mobilization of Population Health*. The documents are available on the Population Health website at http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/resources/index.html

Special Issues of the American Journal of Health Promotion

"The Financial Impact of Health Promotion" is the subject of a special issue of the *American Journal of Health Promotion* (May/June 2001, Vol. 15, No. 5). The publication presents corporate and federal government policy perspectives and addresses methodological challenges. It also includes literature reviews of the financial impact of health promotion programs and smoking on health-related costs. For a detailed table of contents, visit the Journal website (http://www.healthpromotionjournal.com/). Also, watch for upcoming special issues on "The Most Effective Health Promotion Strategies" and "The Health Impact of Health Promotion."

Indicators that Count! — Measuring Population Health at the Community Level

A resource from the University of Toronto's Centre for Health Promotion sets out a framework for assessing health at the community level. The framework encompasses a broad range of indicators.

The authors conclude that, for indicators to have meaning and benefit at the local level, they must be relevant to community values, goals and issues. Moreover, they must be developed in a process that engages both policy makers and the public. For additional information, visit http://www.utoronto.ca/chp/p-titles.htm

An Ounce of Prevention . . . What Are the Returns?

The U.S. Centers for Disease Control and Prevention have produced *An Ounce of Prevention . . . What Are the Returns?* (2nd Edition, 1999), which reports on 19 disease prevention and healthy lifestyle strategies that promote health and make good economic sense.

A compilation of one-page summaries, the report addresses strategies such as those to prevent smoking, low birthweight and various cancers. It is available at http://www.cdc.gov/epo/prevent.htm

Canada's Health Care Providers

The Canadian Institute for Health Information (CIHI) has just released a report entitled *Canada's Health Care Providers*. This special report is the first of its kind and presents a fact-based compilation of current research, historical trends and new data, and findings and analysis on Canada's health care providers. While the scope includes regulated, unregulated and informal care providers, the focus is on the former because of the richer data available and the growing public and policy interest. This report is available at http://www.cihi.ca/eindex.htm

Socioeconomic Inequality and Heart Disease

Inequality Is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion Are Major Causes of Heart Disease brings together the latest evidence of the role that low income plays in the development of cardiovascular disease. Income effects manifest themselves through processes of material deprivation, excessive psychosocial stress and adoption of unhealthy behaviours. Reasons for the increasing incidence of low income among Canadians are outlined and policy solutions are offered. Commissioned by the North York Heart Health Network and written by Dennis Raphael of York University, the report is available at http://depts.washington.edu/eqhlth/paperA15.html

Mark Your Calendar

What	When	Theme
6th National Health Promotion Conference	April 7-10, 2002 Victoria, British Columbia http://www.hp2002.uvic.ca	How interdisciplinary and intersectoral partnerships can facilitate and sustain change
E-Health 2002: A New Era of Health Delivery	April 20-23, 2002 Vancouver, British Columbia http://www.e-health2002.com	How health planning, care delivery, health practice and decision making are being enhanced through E-Health innovations and collaborations
6th International Conference on Injury Prevention and Control	May 12-15, 2002 Montréal, Québec http://www.trauma2002.com/	Enhancing the safety of populations through a reduction in the numbers of injuries, either from suicides or interpersonal violent events
10th Canadian Conference on Health Economics (CHERA)	May 22-25, 2002 Halifax, Nova Scotia http://www.chera.ca/cgi-bin/WebObjects/ConferenceManagement.woa	Stability and change in the Canadian health care system
International Union for Health Promotion and Education 5th European Conference on Effectiveness and Quality of Health Promotion	June 11-13, 2002 London, UK http://www.newdimensions2002.co.uk	New dimensions in promoting health: Linking health promoting programs with public policies
7th International Symposium for Health Information Management Research	June 26-28, 2002 Sheffield, UK http://www.shef.ac.uk/~is/research/chimr/shimr/index.htm	The challenge of utilizing information technology in information systems to benefit health care professionals, managers, planners, patients and the public
93rd Annual Canadian Public Health Association Conference	July 7-10, 2002 Yellowknife, Northwest Territories http://www.cpha.ca	Our environmental health — healthy beginnings, globalization, linking environment and health, evolution of health governments
2002 National Policy Research Conference	October 23-25, 2002 Ottawa, Ontario http://www.policyresearch.gc.ca/	Future trends: Risk — the importance of understanding and managing risk in policy making

References

References for "Health Promotion: What is it?" (p. 5)

1. Health Canada. Towards a Common Understanding: Clarifying Core Concepts of Population Health. A Discussion Paper Developed by the Conceptual Framework Subgroup of the Working Group on Population Health Strategy (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/docs/common/index.html). Ottawa: Health Canada, 1996.

References for "Issues and Challenges in Assessing the Effectiveness of Health Promotion" (p. 10)

1. Rootman I et al. (Eds.). *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (European Series, No. 92). Denmark: World Health Organization Regional Publications, 2001.
2. Posavac EJ, Carey RG. *Program evaluaton methods and case studies*, 5th Edition. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1997.
3. Emmons KM. Health behaviour in a social context. In: Berkman LF, Kawachi I (Eds.), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000: 242-66.
4. Mays N, Pope C. Qualitative Research: Rigour and Qualitative Research. *British Medical Journal* 1995; 311: 109-12.
5. Murphy E, Dingwall R. Qualitative methods in health services research. In: Black N, Brazier J, Fitzpatrick R, Reeves B (Eds.), *Health services research methods: A guide to best practice*. London: BMJ Books, 1998.
6. MacIntyre S, Ellaway A. Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environments. In: Berkman LF, Kawachi I (Eds.), *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000: 332-48.

Additional References:

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press, 1997.

Nutbeam D. Health Promotion Effectiveness — The Questions to be Answered. In: *The Evidence of Health Promotion Effectiveness — Shaping Public Health in a New Europe*. International Union for Health Promotion and Education, 1999.

Pope C, Mays N. Qualitative Research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *British Medical Journal* 1995; 311: 42-5.

References for "A Tale of Two Evaluations: CAPC and CPNP" (p. 14)

1. Boyle MH, Offord DR. *Community Action Program for Children (CAPC) Proposal for a National Evaluation Framework*. Centre for Studies of Children at Risk, McMaster University Faculty of Health Sciences and Chedoke-McMaster Hospitals, 1995.
2. Health Canada, Evaluation Group, Strategic Planning and Review Directorate. *Canada Prenatal Nutrition Program Evaluation Framework*. Prepared by Gail V. Barrington and Associates, Calgary, Alberta, 1996.
3. Health Canada, Departmental Program Evaluation Division. *Module 3: Performance Measurement Training Series. Case Study on the CPNP Data Collection System*. Prepared by Barrington Research Group, Inc., Calgary, Alberta, 2001.
4. Boyle MH. *Community Action for Children (CAPC) National Impact Evaluation: Preliminary Findings Interim Report*. 1999.
5. Health Canada. *CPNP PPHB Participants: National Frequency Report, January 1995-May 2001*. Prepared by Barrington Research Group, Inc., Calgary, Alberta, 2001.
6. Boyle MH. *Community Action Program for Children (CAPC) National Evaluation: Impact Analysis*. 2000. For a complementary national analysis see: Palacio-Quintin E, *Community Action Program for Children (CAPC) National Impact Evaluation: New Analysis*, 2001 at p. i.
7. Health Canada. *Canada Prenatal Nutrition Program. ICQ report 2000*. Prepared for Health Canada by Barrington Research Group, Inc., Calgary, Alberta, 2000.

8. Guyn L. *Canada Prenatal Nutrition Program: Measuring the Level of Implementation.* Unpublished paper prepared by Barrington Research Group, Inc., Calgary, Alberta, 2001.

References for "Partnering for Social Change: The 'Back to Sleep' Campaign" (p. 19)

1. Health Canada. *Benchmark Survey on Awareness, Knowledge and Behaviours Relating to Sudden Infant Death Syndrome (SIDS).* Prepared for Health Canada by Environics Research Group, March 1999.
2. Health Canada. *Sudden Infant Death Syndrome: A Tracking Survey on Awareness, Knowledge and Behaviours.* Prepared for Health Canada by Environics Research Group, June 2001.

References for "Gender Matters: Evaluating the Effectiveness of Health Promotion" (p. 22)

1. Health Canada's *Women's Health Strategy* (Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999) identifies 64 commitments pertaining to women's health and gender-based analysis. For working definitions of key terms, see also: *Health Canada's Gender-based Analysis Policy* (Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000); and Wizemann TM, Pardue M (Eds.), *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter.* Institute of Medicine: National Academy of Sciences, 2001. For a list of resources pertinent to this article see the Women's Bureau website: http://www.hc-sc.gc.ca/english/women
2. Colman R. Women's Health in Atlantic Canada: A Statistical Report. *Centres of Excellence for Women's Health Research Bulletin* Fall 2000; Vol. 1, No. 1: 5.
3. *Health Canada's Gender-based Analysis Policy*, op. cit., 1.
4. For examples of participatory research in health promotion, see: Denton M, Hakjukowski- Ahmed M et al. *Women's Voices in Health Promotion.* Toronto: Canadian Scholars Press, 1999; and resources produced until 1999 through the McMaster Research Centre for Promotion of Women's Health (http://www.mcmaster.ca/mrcpowh/index/html). See also research projects funded through Health Canada's Centres of Excellence for Women's Health (http://www.cewh-cesf.ca).
5. Thurston Dr. Wilfreda. Personal communication, November 2001. Thurston WE, Crow BA, Scott CM. *The role of women's organizations in health policy development, implementation and dissemination.* Report to Health Canada, Health Promotion and Programs Branch, 1998.
6. Horne T, Kirby S, Trudeau J. *Final Evaluation Report of Catching Our Breath Too.* Winnipeg: Women's Health Clinic, 1999.
7. Grant K. 2002. GBA: Beyond the Red Queen Syndrome. Presentation at the Gender-based Analysis Fair. Ottawa, January 31, 2002. See also: Armstrong P, Amaratunga C, Bernier J et al. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada.* Toronto: Garamond Press, 2001.
8. See Baume E, Juarez M, Standing H. *Gender and Health Equity Network: Gender and Health Equity Resource Guide.* Sussex: Institute of Development Studies, 2001; Status of Women Canada. *Gender and Performance Measurement: A Summary Review and Report.* 2001. Includes a useful bibliography on gender-sensitive evaluation guides.

References for "Creating the Right Mix" (p. 24)

1. Tengs TO et al. *Five Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost Effectiveness.* Harvard Centre for Risk Analysis, 1994. Tengs et al. stress the effectiveness of "medical" interventions by comparison with interventions from other sectors, and the relatively high cost of primary as compared with secondary and tertiary prevention.
2. This concept is sometimes summarized by use of the term "comprehensiveness" in health promotion; the challenge is to deliver on the concept.
3. Allen MS, Navigant Consulting. *Business Portfolio Management.* New York: John Wiley and Sons, 2000. If Health Canada was a private sector organization, it would be described as a conglomerate or group because it is the sum of several smaller organizations with discrete mandates and cultures.
4. Ibid., 13

5. Lochhead C. The Trend Toward Delayed First Childbirth: Health and Social Implications. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research*, Vol. 1, No. 2 (Autumn 2000): 41-4.

Additional References:

Manuel DG, Goel V, Williams JI, Corey P. Health-adjusted life expectancy at the local level in Ontario. *Chronic Diseases in Canada* 2000; 21(2): 73-80.

Statistics Canada and Canadian Institute for Health Information (2001a). Highlights of selected indicators. *Health Indicators*, 2001(3): December issue.

Statistics Canada and Canadian Institute for Health Information (2001b). How healthy are Canadians? The health divide — How the sexes differ. *Health Reports*, 2001; 12(3): special issue.

Wolfson MC. Health-adjusted life expectancy. *Health Reports* 1996; 8(1): 41-6.

World Bank. *World development report 1993: investing in health*. New York: Oxford University Press for the World Bank, 1993.

World Health Organization. *The world health report 2000. Health systems: Improving performance*. Geneva: World Health Organization, 2000.

World Health Organization. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization, 2001.

Further reading: for applications of LE, PYLL, and DFLE indicators, see: Statistics Canada and Canadian Institute for Health Information (2001a, 2001b); for QALE see Manuel et al. (2000), Wolfson (1996); for DALY see World Bank (1993), World Health Organization (2001).

Santé Canada Health Canada

PLEINS FEUX SUR LE LIEN POLITIQUES–RECHERCHE VOLUME 1, NUMÉRO 3

Recherche sur les politiques de santé

Bulletin

La promotion de la santé – Efficace?

À l'instar de la plupart des sphères d'activités de la fonction publique, le secteur de la santé est l'objet de pressions croissantes visant à démontrer l'efficacité de ses politiques et programmes. Comme la promotion de la santé constitue un important volet de la plupart des stratégies de santé nationales, on s'attend fortement à ce qu'elle engendre des résultats.

Depuis la publication de la *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* en 1974, le Canada a joué un rôle dominant dans les efforts de promotion de la santé. D'abord axée sur le changement comportemental, la promotion a évolué pour inclure un large éventail d'activités qui influent non seulement sur les comportements en matière de santé, mais aussi sur les déterminants sous-jacents de la santé. Par conséquent, la promotion moderne de la santé constitue une stratégie clé de l'approche de la santé axée sur la population. Cette dernière suppose de multiples interventions, souvent pour des périodes prolongées, et repose sur une participation à plusieurs niveaux dans plusieurs secteurs. Cette complexité soulève plusieurs questions importantes, notamment :

- Bien que le but ultime des interventions liées à la promotion de la santé soit l'amélioration de l'état de santé, à quels résultats peut-on s'attendre dans l'immédiat?
- Quels types d'indicateurs et de méthodes peut-on utiliser pour évaluer si ces résultats ont été atteints?
- Quel type « d'agencement » d'interventions s'avère le plus efficace?

Le présent *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* examine ces défis et bien d'autres. En outre, il fournit des exemples concrets des mesures engagées pour leur donner suite. On met également en lumière une initiative d'évaluation internationale de premier plan et divers autres projets d'envergure en cours au pays.

Dans ce numéro

Efficacité des mesures de promotion de la santé

Quoi? Pourquoi? Comment? 3

Études de cas 14

Regard sur demain 26

Qui fait quoi? 28

Rubriques 31

Faites une croix sur votre calendrier 36

Canada

Certains jalons clés de la promotion de la santé

Nouvelle perspective de la santé des Canadiens — 1974

1978
- Création de la première Direction de la promotion de la santé fédérale
- Déclaration d'Alma-Ata

- Beyond Health Care Conference
- *Loi canadienne sur la santé* — 1984

1985
1re Enquête promotion santé Canada

- 1re Conférence internationale pour la promotion de la santé *(Charte d'Ottawa* et *La santé pour tous)*
- Villes-santé/mouvements communautaires — 1986

1988
- 2e Conférence internationale pour la promotion de la santé (Adelaide, Australie) *« Politique en santé publique »*
- *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*

- 2e Enquête promotion santé Canada
- 1er congrès canadien sur la recherche en promotion de la santé — 1990

1991
3e Conférence internationale pour la promotion de la santé (Sundsvall, Suède) *« Environnements propices à la santé »*

Stratégies d'amélioration de la santé de la population — Investir dans la santé des Canadiens — 1994

1996
1er Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes

4e Conférence internationale pour la promotion de la santé (Jakarta, Indonésie) *« Nouveaux partenaires dans une nouvelle ère débouchant sur la promotion de la santé au XXIe siècle »* — 1997

2000
- *2e Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*
- 5e Conférence mondiale pour la promotion de la santé (Mexico, Mexique) *« Combler l'écart en matière d'équité »*

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

À propos du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* de Santé Canada est publié trois fois l'an. Le bulletin s'inscrit dans un programme général de communication axé sur la recherche en politique ayant pour but d'enrichir la base de données probantes pertinente aux politiques de Santé Canada. Un comité directeur ministériel présidé par Cliff Halliwell, directeur général de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA), Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, oriente le tracé du bulletin. La Division de la gestion et de la diffusion de la recherche (DGDR), qui fait partie de la DRAA, coordonne la préparation et la production du bulletin. La DGDR tient à remercier les membres du comité directeur, ainsi que les membres de son personnel, en particulier Nancy Hamilton, directrice-rédactrice en chef, Marilyn Ryan, responsable de la production et de la distribution, et Jaylyn Wong, rédactrice adjointe. Il importe de remercier de façon particulière le rédacteur en chef invité du présent numéro, Jim Ball, directeur de la Division de la santé de la population et du développement de la promotion de la santé, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique.

Nous vous invitons à faire part de vos observations, de vos suggestions ou de tout changement d'adresse à : bulletininfo@hc-sc.gc.ca ou par téléphone à (613) 954-8549 ou télécopieur à (613) 954-0813. Vous pouvez accéder à la version électronique du bulletin en formats HTML et PDF à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa

Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui concerne l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada.

La présente publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2002

ISSN 1496-466 X ISSN 1499-3511 (En ligne)

Révision, conception et mise en page : Allium Consulting Group Inc.

Postes Canada numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :
Santé Canada
2750, chemin Sheffield, baie 1
Ottawa (Ontario) K1B 3V9

Pourquoi *évaluer* l'efficacité *de la promotion de la santé?*

L'article suivant se fonde sur une entrevue menée par Nancy Hamilton, rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, *avec* M. Robert McMurtry, *ancien sous-ministre adjoint de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique à Santé Canada. M. McMurtry, un ancien doyen de la faculté de médecine de l'Université de Western Ontario, s'est joint au ministère en 1999 à titre de premier titulaire de la Chaire G.D.W. Cameron. Dans le cadre de ses fonctions de sous-ministre, il s'occupait d'un vaste éventail de politiques et de programmes de promotion de la santé et de prévention et contrôle des maladies. M. McMurtry quittait récemment son emploi au Ministère pour un poste d'expert-conseil au sein de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada.*

Le présent numéro du* Bulletin de recherche sur les politiques de santé *aborde sur le thème de l'efficacité des interventions axées sur la promotion de la santé. Quelle est l'importance de ce thème pour le secteur de la santé?

Le rôle du secteur public en matière de santé a toujours comporté deux axes, soit la prestation de soins individuels du fournisseur au patient dans le cadre du système de soins de santé, et la poursuite de mesures en santé publique, comme l'alimentation en eau saine et la prévention des maladies contagieuses. Je crois qu'on peut dire sans se tromper que notre système de santé avait été conçu au départ pour servir de « filet de sécurité » face aux maladies catastrophiques. Toutefois, au fil des ans, le système a dû répondre à des demandes considérables sur le plan des maladies et des blessures. On est ainsi passé des infections aux problèmes chroniques comme les maladies cardiovasculaires et le cancer, qu'il est possible d'éviter dans une grande mesure. Bien qu'on ait souvent prétendu que le vieillissement de la population menaçait le système de santé actuel, je crois que la menace vient plutôt de notre omission d'aller « en amont » pour s'attaquer aux facteurs et conditions aptes à prévenir la maladie et à améliorer la santé. Les activités de promotion de la santé peuvent avoir une forte incidence sur le mieux-être et la qualité de vie des Canadiens. Nous devons donc nous assurer que ces activités sont les plus efficaces possibles.

Lorsque vous parlez d'aller « en amont », à quelles d'interventions faites-vous référence?

Par interventions « en amont », j'entends celles qui visent à aider les gens à *maintenir* ou à *améliorer* leur santé avant qu'elle ne soit compromise. Pour bien comprendre la façon dont la promotion de la santé cadre dans cet « agencement » d'interventions, il est important de préciser certains termes souvent utilisés de manière interchangeable. À cette fin, il est souhaitable de considérer le tout sous forme de continuum, depuis les interventions « en aval » fournies dans le contexte des soins de santé aux interventions « en amont » comme la protection et la promotion de la santé, ainsi que la prévention des maladies.

La plupart des gens sont d'avis que le rôle premier du système de santé consiste à rétablir la santé quand cette dernière est menacée. Par ailleurs, les activités axées sur la protection de la santé et la prévention des maladies visent à *maintenir* la santé en s'attaquant aux menaces *immédiates* pour la santé (protection de la santé) ou en prévoyant et évitant les menaces *imminentes* (prévention des maladies). La promotion de la santé va plus loin encore, car elle a pour objet non pas le maintien mais *l'amélioration* de l'état de santé, à savoir des *gains*.

Au cours des deux dernières décennies, la promotion de la santé a soulevé beaucoup d'intérêt et obtenu un solide appui. Pourtant, vous dites que nos efforts pour remonter à la source, c'est-à-dire d'aller « en amont », ont échoué. Pouvez-vous apporter des précisions?

Bien que nous ayons fait des progrès considérables en mettant en œuvre des politiques et des programmes de promotion de la santé, il nous reste encore à mieux équilibrer nos investissements alors que nous progressons le long du continuum, des soins de santé jusqu'à la promotion de la santé. Il faut nous pencher sur les déterminants généraux de la santé. En fait, il me semble inimaginable de soutenir notre système de soins de santé sans se concentrer davantage sur les facteurs en amont, plus particulièrement ceux qui touchent la santé des femmes enceintes et de nos enfants. Il faut aussi renseigner davantage le public sur l'importance des interventions en amont.

En quoi la promotion de la santé concorde-t-elle avec l'importance croissante accordée à la santé de la population?

La santé de la population et la promotion de la santé devraient être des domaines synergiques. Une approche axée sur la santé de la population vise à réduire les inégalités en tenant compte de l'éventail complet de stratégies de protection, de prévention et de promotion. Fondé sur la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, le volet santé de la population attire notre attention sur les facteurs sous-jacents qui touchent l'état de santé de la population complète. Il nous incite à concentrer sur la santé et le bien-être de groupes comme les enfants, les personnes âgées et les gens parmi les plus vulnérables de la société.

Pourriez-vous recenser des considérations qui clés de la promotion et l'amélioration de la santé?

Il importe de nous concentrer sur la collectivité plutôt que sur l'individu. La collectivité représente l'unité fonctionnelle de nos interventions en promotion de la santé. Par collectivité, j'entends les quartiers géographiques ainsi que les groupes de gens avec des intérêts ou des problèmes communs. Les collectivités représentent une énorme source de soutien et contribuent à la santé et au bien-être de leurs membres en leur donnant un sentiment d'inclusion et d'appartenance sociale, en favorisant l'estime de soi, en encourageant le partage d'information et en facilitant l'action. Il faut aller au-delà des interventions isolées et intégrer nos efforts pour s'attaquer à l'ensemble des facteurs et des situations ayant une incidence sur la santé des gens. Nous devons reconnaître le rôle majeur de la spiritualité, de la langue, de la culture et de l'identité dans l'amélioration de la santé. Cette façon de voir les choses confirme l'idée qu'en créant les conditions requises on arrive à améliorer la santé comme telle. Comme le dit Ibn Arabi, « créer pour tous le contexte de la pleine réalisation de soi ».

De quels éléments de preuve avons-nous besoin pour réaliser un meilleur équilibre dans les investissements de la santé de la population le long du continuum des soins de santé dans le cadre de la promotion de la santé?

Il est extrêmement important de produire des preuves de l'utilité de la promotion de la santé, particulièrement dans le climat actuel, qui exige la reddition des comptes publics et des résultats quantifiables. Afin de produire une solide base d'éléments de preuve, nous devons poser les bonnes questions et bien y répondre. Il nous faut également prendre des décisions éclairées sur ce qui fera l'objet d'un suivi et de mesures. Par exemple, dans le cas des problèmes de santé évitables, il faut se demander ce que nous aurions dû faire pour améliorer la situation. Des mesures telles que les « années-personnes sans invalidité » et l'« espérance de vie ajustée selon l'état de santé » constituent de bons exemples de la voie à suivre. Cela nous permet de prendre en considération la qualité et la durée de vie et, si jamais on perd de vue l'idéal, de demander ce qui se passe. Ces mesures sont quantifiables à court et à long terme, ce qui est crucial pour produire des éléments de preuve et devrait être requis pour toutes les interventions en protection, prévention, promotion et en soins de santé.

La base des éléments de preuve comporte deux volets essentiels. Le premier concerne des preuves qui caractérisent les liens entre les déterminants de la santé et l'état de santé, qui fournissent l'information sur l'angle à donner à nos interventions. Par contre, on en apprend peu sur l'efficacité même des interventions — le second volet. Bien que nous ayons réussi à produire des éléments de preuve pour le premier volet, il a été plus difficile d'obtenir les mêmes résultats quant à l'*efficacité des interventions*. Je suis enchanté que le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* s'intéresse à ce thème. Il analyse les défis inhérents à l'élaboration d'une solide base de preuves pour vérifier l'efficacité des interventions en promotion de la santé.

Promotion de la santé : De quoi s'agit-il ?

Tariq Bhatti, *Directeur général de la Direction générale de la planification et de la gestion du secteur, à Patrimoine canadien, ainsi que* **Nancy Hamilton**, *rédactrice en chef du* Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Le présent article décrit l'évolution de la promotion de la santé au Canada. Il donne à entendre que cette évolution s'explique, entre autres, par de nouvelles « données probantes sur les possibilités » de tirer profit de la promotion de la santé. Les auteurs reconnaissent que l'article reflète le point de vue de Santé Canada et regrettent que le manque d'espace les contraints à ne pas inclure les activités parallèles qui se sont déroulées dans les provinces et les municipalités.

Dans les premières années : Accent sur le style de vie

En 1974, le Canada donnait une première manifestation de son leadership en promotion de la santé avec la publication du document intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Également connu sous le nom du *Rapport Lalonde*, ce document se démarquait car c'était la première fois qu'un gouvernement national d'envergure reconnaissait que la santé est essentiellement déterminée par des facteurs hors du système de soins. On y recensait quatre domaines d'influence sur la santé : la biologie humaine, le style de vie, l'environnement et les services de santé. Le *style de vie* a d'abord retenu l'attention puisque la recherche révélait des liens entre l'état de santé et les comportements personnels à risque. Par conséquent, on retrouvait au nombre des interventions précoces des programmes d'éducation en santé et des campagnes de sensibilisation publique visant à agir sur les connaissances, les attitudes et les comportements individuels en santé (p. ex. arrêter de fumer, faire de l'exercice plus souvent, choisir des aliments sains). Dans certains cas, des mesures législatives ont été prises pour renforcer le changement voulu dans le comportement (comme les lois sur le tabac et sur l'alcool au volant).

Élargissement des priorités : Modèles socio-écologiques

Au milieu des années 80, on a commencé à s'inquiéter davantage des limites d'une approche axée essentiellement sur le style de vie. Il devenait de plus en plus évident que des conditions structurelles telles que la pauvreté et la discrimination présentaient des contraintes face aux efforts individuels déployés pour être la santé. Cette situation, combinée aux données probantes qui continuaient à s'accumuler quant aux répercussions des facteurs environnementaux sur la santé, a attiré l'attention sur l'influence de l'*environnement*, y compris les aspects physiques, sociaux, culturels et économiques qui encadrent l'existence d'une personne. Ces nouvelles données probantes sur des

possibilités d'interventions en promotion de la santé ont donné lieu à des initiatives novatrices telles que *Villes-santé/mouvements communautaires* de l'OMS, qui a pris naissance au Canada (http://www.who.dk/healthy-cities/). La ville de Toronto a été la première à élaborer un vaste projet pour améliorer la santé des citoyens et de leur environnement, un geste repris par des municipalités partout au Canada.

La promotion de la santé est devenue un enjeu global avec le lancement d'une *Stratégie de la santé pour tous* par l'OMS. Autre jalon important : *la première Conférence internationale pour la promotion de la santé*, animée en 1986 par le Canada, qui a coïncidé avec la publication de deux documents clés, à savoir la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* et *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ces deux documents ont joué un rôle pivot dans la réorientation de l'axe de la promotion de la santé vers des déterminants plus généraux. La *Charte d'Ottawa* énumérait les conditions fondamentales de santé (paix, hébergement, éducation, nourriture, revenu, écosystème stable, ressources durables, justice sociale et équité) et reconnaissait la nécessité d'une action coordonnée entre de nombreux secteurs. On y dégage cinq stratégies pour élaborer une « nouvelle » méthode de promotion de la santé : établir une politique publique saine; créer des milieux favorables; renforcer l'action communautaire; développer les aptitudes personnelles; réorienter les services de santé.

Investissements stratégiques, programmes détaillés

Les cinq années qui ont suivi la publication de la *Charte d'Ottawa* ont été riches en activités de promotion de la santé. On a créé plusieurs stratégies fédérales à grande échelle, y compris la Stratégie canadienne antidrogue, la Stratégie de réduction de la demande de tabac, la Stratégie nationale sur le sida et l'initiative « Grandir ensemble : investir dans les enfants du Canada ». Des programmes coopératifs tels que l'Initiative en santé cardiovasculaire promouvaient des partenariats avec les gouvernements provinciaux et le secteur bénévole. On a également fait valoir des approches axées sur l'environnement, comme les initiatives sur les écoles en santé et la santé au travail. Avec l'Enquête promotion de la santé Canada et la création de centres de recherche universitaires en promotion de la santé, on peut en déduire que les activités de recherche sont florissantes.

Tableau 1 : Certaines interventions clés

Les ***communications sur la santé*** informent le public des préoccupations en matière de santé et font en sorte que les enjeux de la santé demeurent au programme des activités publiques. Ces communications renforcent également les messages en santé et stimulent les gens à rechercher davantage d'information.

Les campagnes de ***marketing social*** font appel à divers médias pour créer un climat social propice à la santé (voir « Dodo, l'enfant do » à la page 19).

L'***éducation en santé*** favorise des possibilités d'apprentissage conçues pour influer sur le savoir en santé, les attitudes et les comportements. Au cours des dernières années, on a surtout cherché à aider les gens à améliorer leur capacité de prendre des décisions et autres aptitudes à la vie quotidienne.

Le ***soutien social*** reconnaît les effets de l'interaction sociale sur la santé. Les activités prennent souvent place au sein des collectivités et sont entreprises par des organismes bénévoles (p. ex. le soutien parental pour les jeunes mères).

L'***action communautaire pour la santé*** fait référence aux efforts entrepris par les collectivités pour donner suite aux priorités en santé locale et accroître le contrôle sur les déterminants de la santé (voir le PACE et le PCNP à la page 14).

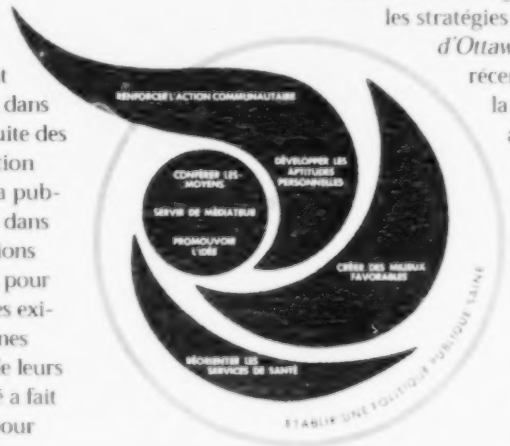
La ***création d'environnements constructifs*** se rapporte à ces activités visant à établir des politiques qui appuient des environnements sains sur le plan physique, social et économique (voir le projet *Villes-santé* de l'OMS).

L'***élaboration de politiques publiques saines*** est une activité qui consiste à établir des politiques sur l'amélioration de la santé dans des secteurs où des mesures ont une incidence sur la santé. De telles politiques appuient des choix sains et promeuvent la création de conditions saines dans la vie et le travail sain (p. ex. la Prestation fiscale pour enfants).

Bien que la majorité des stratégies ciblaient un enjeu particulier de la santé ou un groupe de population, bon nombre d'entre elles comportaient un mélange d'interventions conçues pour promouvoir le changement au niveau individuel, communautaire et politique (voir le tableau 1). Notons plus particulièrement les interventions communautaires telles que le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). Tel qu'illustré à la page 15, ces programmes posent certains défis intéressants au chapitre de l'évaluation

Défis et revers

La promotion de la santé s'est butée à plusieurs difficultés durant les années 90, y compris les revers dans la campagne contre le tabac par suite des réductions d'impôt et de l'abrogation temporaire de la loi bannissant la publicité sur le tabac. Cela s'inscrivait dans une période de grandes compressions financières, qui ont gêné les efforts pour renouveler les stratégies et accru les exigences posées à tous les programmes en ce qui a trait à la justification de leurs activités. La promotion de la santé a fait l'objet de pressions particulières pour justifier les initiatives axées sur les préalables sous-jacents de la santé (par exemple, des logements abordables et un revenu adéquat), étant donné que les instruments de politique qui les influaient étaient en grande partie hors de l'emprise du secteur de la santé.



« La promotion de la santé est un processus qui donne aux personnes les outils nécessaires pour contrôler et améliorer leur état de santé. »

L'OMS

Élargir la base de données probantes

Au moment même où l'on remettait de plus en plus en question la pertinence des interventions politiques intersectorielles en promotion de la santé, la recherche en santé de la population a aidé à contrer ces remises en question en fournissant une synthèse convaincante des déterminants socioéconomiques de la santé. En 1994, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la population de la santé publiait un document intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population — Investir dans la santé des Canadiens*, qui recensait neuf principaux déterminants de la santé : revenu et situation sociale; soutien social; éducation; emploi et conditions de travail; environnement physique; biologie et génétique; pratiques de santé personnelle; développement sain de l'enfant; services de santé. Santé Canada a ajouté deux autres déterminants, soit la culture et les rapports sociaux entre les sexes[1].

Faire le point

Au fil des ans, la promotion de la santé est passée d'une approche axée sur les facteurs comportementaux à une approche globale orientée vers les déterminants sous-jacents de la santé — de même que leur interaction — le tout de manière globale. Soutenant l'épreuve du temps, les stratégies d'action énoncées dans la *Charte d'Ottawa* sont manifestes dans les plus récents programmes de promotion de la santé. Elles comprennent un vaste agencement d'interventions destinées à habiliter les gens, sur le plan individuel et collectif, à faire des choix sains et à créer des environnements qui offrent un accès équitable aux déterminants sous-jacents de la santé.

Comme le laissait entendre le présent article, l'évolution de la promotion de la santé a subi l'influence des *données probantes sur des possibilités* d'interventions, y compris la recherche liant le style de vie, l'environnement et les déterminants globaux de la santé à l'état de santé. Bien que de telles preuves soient nécessaires, elles ne suffisent pas à justifier des investissements futurs. Le moment est venu de faire le point et de rassembler les preuves de *l'efficacité* des interventions. Comme le démontre les articles ci-dessous, une grande partie du travail a été réalisée, mais il reste encore davantage à faire.

Nota : Veuillez visiter le site Web de Santé Canada à http://www.hc-sc.gc.ca où apparaissent dans leur version intégrale les documents de Santé Canada évoqués dans le présent article.

@ *Veuillez cliquer ici pour consulter les références.*

Groupe de travail européen

sur l'évaluation de la promotion de la santé

Irving Rootman

Professeur au Département des services de santé publique de l'Université de Toronto
M. Rootman a été directeur du Centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto de 1990 à 2001. Il occupe présentement le poste de président du Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé. Il a joué le rôle de préposé principal à la recherche au sein de l'Organisation mondiale de la santé et fut en 2001 le récipiendaire du prix R.D. Defries — la plus haute distinction accordée par l'Association canadienne de santé publique.

Brenda Steinmetz

Direction des politiques stratégiques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'évaluation des initiatives de promotion de la santé présente certains défis et enjeux particuliers, qui vont des débats sur les méthodes pertinentes aux préoccupations à savoir si les approches en matière d'évaluation sont conformes aux principes de promotion de la santé tels que l'habilitation et l'équité. Des efforts internationaux comme ceux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Groupe de travail du bureau européen régional sur l'évaluation de la promotion de la santé ont été déployés pour faire face à des pressions croissantes en vue de résoudre ces enjeux et, parallèlement, démontrer l'efficacité des initiatives de promotion de la santé (voir également « Qui fait quoi » à la page 28).

Une approche unique

En 1995, Santé Canada se joignait au groupe de travail nouvellement créé sur l'évaluation de la promotion de la santé. Ce groupe, composé de 18 membres, comptait également des membres des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et de l'ancien Health Education Authority du Royaume-Uni. M. Irving Rootman, l'un des auteurs de cet article, faisait fonction de président du groupe de travail. M. Glenn Irwin de Santé Canada et trois autres Canadiens se sont joints à cette équipe hétérogène, qui comprenait des représentants de gouvernements, de l'OMS et du milieu universitaire.

Le but premier du groupe de travail était de fournir des directives aux décideurs et aux praticiens sur les méthodes pertinentes pour évaluer la promotion de la santé. Ce faisant, les membres ont discuté des enjeux méthodologiques et philosophiques importants à l'appui d'une approche critique visant à améliorer la base de données probantes sur la promotion de la santé. Fatalement, la richesse diversifiée des perspectives a donné lieu à des divergences d'opinion sur des enjeux tels que la valeur de l'utilisation de l'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé en tant qu'« étalon-or » pour évaluer les initiatives de promotion de la santé. Toutefois, en dépit de l'éventail d'opinions, les membres ont été en mesure de parvenir à un consensus sur cet enjeu ainsi que sur d'autres points, y compris la question de savoir : si les données probantes constituent un concept pertinent pour la promotion de la santé; en quoi consistent des données probantes solides; quelles sont les méthodes indiquées pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé. Les ressources et les outils élaborés par le groupe de travail témoignent de ce processus de débat, d'analyse et de consensus final.

Ressources et outils

En 1998, le groupe de travail a synthétisé les résultats de ses efforts dans un document intitulé *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy-Makers* (http://www.who.dk/document/e60706.pdf). On y met en lumière les mesures clés que peuvent prendre les décideurs pour soutenir l'évaluation appropriée des initiatives de promotion de la santé. Entre autres mesures, mentionnons les suivantes :

- encourager l'adoption de méthodes d'évaluation participatives;
- utiliser diverses méthodes pour obtenir de l'information sur les processus et les résultats;
- élaborer une infrastructure de financement, de formation, de développement organisationnel et d'établissement de réseaux;
- attribuer suffisamment de ressources à l'évaluation.

En 2001 paraissait un document encore plus détaillé intitulé *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives* (http://www.euro.who.int./Document/E73455a.pdf). Cette collection de plus de 20 documents offre un examen de la théorie, des méthodes et de la pratique d'évaluation des initiatives de promotion de la santé, avec un accent sur les domaines suivants : l'évaluation du travail dans les sociétés industrialisées de l'Ouest; les enjeux pertinents à l'évaluation des environnements, des politiques et des systèmes ainsi que les changements comportementaux individuels; l'évaluation des efforts de promotion de la santé compatibles avec la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Les auteurs abordent un vaste éventail de sujets généraux et particuliers, mettent en relief les efforts pour construire la base de connaissances en améliorant les méthodes permettant d'évaluer la collectivité, l'école, le milieu de travail, les médias de masse et les interventions en matière de politiques en plus de dégager certaines leçons générales sur l'évaluation de la promotion de la santé (voir l'encadré).

Le document énonce également les mesures précises nécessaires à la mise en œuvre des recommandations à l'intention des décideurs politiques (*Recommendations to Policy-Makers*) et décrit plusieurs outils pour mieux y parvenir, notamment :

- un modèle logique générique pour planifier et évaluer des interventions en promotion de la santé;
- un ensemble de directives pour mener des évaluations participatives.

L'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé

- est un domaine en évolution;
- peut apporter beaucoup sur le plan pratique;
- manque de données probantes sur l'efficacité des initiatives;
- intègre un vaste éventail d'approches et de modèles;
- offre des rôles légitimes pour les méthodes quantitatives et qualitatives;
- exploite un vaste éventail des disciplines et d'approches en sciences sociales;
- met à profit un éventail de modèles de planification;
- doit reposer sur des théories et autres conceptualisations pour être efficace;
- offre de nombreuses possibilités de rôles aux évaluateurs et chercheurs.

Prochaines étapes

Bien que le Groupe de travail n'ait pas tenté d'entreprendre un examen systématique des données probantes de l'efficacité de la promotion de la santé, il a dégagé plusieurs domaines où il y aurait lieu d'investir plus d'efforts. De façon plus particulière, le Groupe a déduit qu'il fallait considérablement améliorer la qualité de la base de données probantes sur les interventions politiques visant à promouvoir la santé, un processus qui devrait mettre à contribution des scientifiques politiques et des analystes politiques. Les spécialistes en sciences de la gestion peuvent également contribuer de façon marquée aux études sur l'incidence et le fonctionnement des systèmes, un secteur où les lacunes sur le plan du savoir sont particulièrement criantes. Les discussions connexes survenues au cours du deuxième symposium international sur l'efficacité de la promotion de la santé (Toronto, 2001; et les délibérations à http://www.utoronto.ca/chp/) ont également mis en lumière les besoins suivants :

- des liens plus forts entre les chercheurs et les praticiens;
- un investissement accru dans le développement des capacités des collectivités pour mener de la recherche et des évaluations et pour utiliser les résultats;
- davantage de données probantes sur l'efficacité de stratégies organisationnelles, communautaires et politiques et de la combinaison de ces stratégies.

Comme l'a démontré le groupe de travail du l'OMS, il est possible pour les gouvernements nationaux, les organismes internationaux, les universités, les décideurs politiques et les praticiens de collaborer de manière constructive, rentable et valable pour constituer une base de données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé. Un autre excellent exemple de ce type de collaboration est le travail de l'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) sur les données probantes de l'efficacité. L'OMS et l'IUHPE ont maintenant amorcé de concert un projet global sur l'efficacité de la promotion de la santé, alors que l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a entrepris un projet complémentaire sur l'efficacité des efforts des municipalités en matière de santé en Amérique latine. En outre, le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé est à réviser les cadres pour la consolidation des données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé (voir page 30). Mettant à profit la force d'impulsion, l'expérience et les contributions du Groupe de travail, ces initiatives et autres représentent les prochaines étapes concrètes dans les efforts pour améliorer le fondement scientifique sur lequel s'appuyer pour que la promotion de la santé réponde davantage aux besoins des décideurs politiques et des praticiens dans la santé de la population et la santé publique.

Enjeux et défis liés à l'évaluation de

l'efficacité

de la promotion de la santé

Ron Wall

Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada. *Remerciements particuliers à Tracey Spack, Division de la politique stratégique, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, pour avoir rédigé la section sur les méthodes qualitatives.*

Un certain nombre d'enjeux et de défis importants se posent à ceux qui font valoir des données probantes sur la promotion de la santé dans l'élaboration des politiques et ceux qui contribuent à la promotion de la base de données probantes. Le présent article aborde certains de ces défis, notamment :

- ***Si la santé améliorée est le but ultime de la promotion de la santé, à quels résultats immédiats peut-on s'attendre?***
- ***Qu'est-ce qui constitue une « preuve de l'efficacité » en promotion de la santé?***
- ***Quelles méthodes peut-on utiliser pour évaluer l'efficacité et la rentabilité des interventions axées sur la promotion de la santé?***
- ***Comment peut-on raffermir la base de données probantes pour réaliser de meilleures décisions dans l'avenir au chapitre des investissements?***

Dans l'intervalle : résultats intermédiaires

La promotion de la santé prend de l'envergure à titre de pratique globalement responsable fondée sur une théorie informée et des données probantes[1]. Parallèlement, elle présente plusieurs défis uniques pour les chercheurs et les décideurs politiques. La promotion de la santé est extrêmement complexe; elle englobe un vaste éventail d'interventions sociales et comportementales axées sur les populations, non seulement comme groupes d'individus mais aussi comme familles et collectivités entières. De plus, les résultats de ces interventions, dont l'importance variera en fonction du point de vue de l'intervenant, peuvent prendre des années ou même des décennies avant de devenir évidents.

Le tableau 1 présente une hiérarchie possible des résultats de la promotion de la santé. On reconnaît généralement que la santé positive, telle que définie par l'OMS, soit un fonctionnement physique, mental et social comme ressource dans la vie de tous les jours plutôt que comme l'absence de maladie, devrait constituer le but ultime des efforts de promotion de la santé. Toutefois, les résultats intermédiaires peuvent démontrer plus rapidement, quoique souvent avec moins d'autorité, si des changements surviennent ou non.

Bien que les modèles analytiques intégrant les données probantes existantes et l'opinion des experts puissent fournir un aperçu important en attendant d'obtenir des données plus rigoureuses, il faut bien prendre note que la force du lien ou la logique entre les indicateurs intermédiaires et les résultats finaux sur le plan de la santé et le plan social est cruciale. Si ces liens ne sont pas bien établis, le défi analytique consiste à combler les lacunes dans le savoir. Toutefois, les utilisateurs devraient tenir compte du fait que même l'information apparemment rigoureuse peut avoir une valeur limitée, puisque la qualité des modèles dépend de celles des données d'entrée et des hypothèses sous-jacentes.

Données probantes sur l'efficacité

Bien que les opinions divergent quant à la nature des données probantes et les méthodes utilisées pour les produire, on reconnaît de plus en plus la nécessité d'évaluer le processus comme les résultats pour démontrer l'efficacité des interventions en promotion de la santé.

Les **évaluations des processus** concernent la façon dont les interventions sont organisées, exécutées et utilisées — d'où découlent les

Tableau 1 : Modèle de résultats concernant la promotion de la santé

Résultats sur le plan de la santé et le plan social	**Résultats sociaux** Qualité de vie, autonomie fonctionnelle, équité	**Résultat au niveau de la santé** Diminution de la morbidité, des invalidités, de la mortalité évitable	
Résultats intermédiaires pour la santé (déterminants modifiables de la santé)	**Styles de vie sains** Tabagisme, choix alimentaires, activités physiques	**Services de santé efficaces** Prestation de services de prévention, accès, pertinence des services de santé	**Environnements sains** Environnement physique sain, conditions économiques et sociales favorables, bon approvisionnement en vivres
Résultats relatifs à la promotion de la santé (mesures de l'incidence des interventions)	**Littératie dans le domaine de la santé** Connaissances en matière de santé, attitudes, intentions comportementales	**Action et influence sociale** Participation communautaire, habilitation, normes sociales, opinion publique	**Politique publique sur la santé et pratique organisationnelle** Exposés de principes, lois, règlements, affectation de ressources
Actions visant à promouvoir la santé	**Éducation** Éducation des patients et enseignement scolaire, communications des médias	**Mobilisation sociale** Développement communautaire, conseils techniques	**Défense des droits** Lobbyisme, organisation politique et activisme

Adapte de : Nutbeam D. « Health Promotion Effectiveness — The Questions to be Answered. » Dans : *The Evidence of Health Promotion Effectiveness — Shaping Public Health in a New Europe*. International Union for Health Promotion and Education, 1999, p. 6.

données probantes des « pratiques exemplaires ». Les utilisateurs de cette base de données probantes doivent comprendre la nature de l'intervention, les caractéristiques de la population cliente ainsi l'environnement ambiant sur le plan social, sanitaire et politique. Il faut également qu'ils soient convaincus que l'intervention a donné les résultats prévus. À titre d'exemple, a-t-elle atteint la population cible? Les activités se sont-elles déroulées tel qu'on s'y attendait? A-t-on vérifié la théorie et les hypothèses qui sous-tendaient la conception de l'intervention?

Les **évaluations des résultats** concernent les résultats de l'intervention. Elles englobent divers niveaux de complexité, depuis l'évaluation du succès que connaissent les participants à cette intervention jusqu'à la comparaison de leurs résultats à ceux d'un groupe témoin, pour savoir s'ils font mieux que ces derniers ou si l'intervention a vraiment engendré les résultats observés[2]. On peut utiliser un éventail de résultats et de concepts d'évaluation pour répondre à ces questions.

Évaluer l'efficacité et la rentabilité

On peut évaluer les interventions en fonction de leur efficacité et de leur rentabilité. L'efficacité porte sur les résultats atteints par le biais des interventions, tandis que la rentabilité comporte une comparaison des résultats atteints et du coût des produits utilisés. La preuve de l'efficacité est le premier élément à prendre en considération. Toutefois, au moment d'assembler un dossier des interventions, les décideurs politiques devraient sélectionner celles qui sont également rentables, à savoir celles qui sont susceptibles d'améliorer la santé de la population tout en optimisant les ressources. Les critères permettant d'évaluer la qualité de la base de données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé sont les suivants : la mesure dans laquelle les résultats sont attribuables à l'intervention (ce qu'on appelle la « validité interne ») et la mesure dans laquelle on peut généraliser ces conclusions au-delà du contexte de l'évaluation particulière (ce qu'on appelle la « validité externe »). Certains des enjeux liés à l'évaluation de l'efficacité et à la rentabilité sont abordés ci-dessous.

Les résultats observés découlent-ils de l'intervention sur le plan de la politique ou du programme?

L'attribution des résultats observés à une intervention sur le plan de la politique ou du programme est un facteur clé pour qui veut démontrer son efficacité. Bien qu'il existe un certain nombre de stratégies d'évaluation, la stratégie la plus simple consiste à définir une population cible et à comparer les mesures réalisées avant et après l'intervention. Toutefois, l'absence d'une population repère est problématique si d'autres tendances expliquent, en partie du moins, certaines différences dans les résultats avant et après. C'est pourquoi on a fait une utilisation généralisée les modèles comparant les interventions et

les groupes témoins : pour évaluer la promotion de la santé sur le plan individuel et collectif. Si l'on n'a pas constitué d'échantillon aléatoire pour l'intervention, il est possible que les groupes témoins et les groupes ciblés par l'intervention ne soient pas influencés de façon égale par d'autres déterminants des résultats.

L'étude sur échantillon aléatoire et contrôlé représente l'« étalon-or » en ce qui concerne l'attribution des résultats observés aux interventions prévues. Si la taille de l'échantillon et les efforts sont suffisamment grands pour assurer une répartition comparable des principaux sous-groupes (p. ex. la répartition par âge, par sexe), l'échantillon aléatoire permet de s'assurer que les groupes d'intervention et les groupes repères seront comparables. Cependant, comme les études sur échantillon aléatoire et contrôlé coûtent cher, on devrait y recourir uniquement après avoir accumulé une quantité suffisante (mais moins valide) de données probantes sur l'efficacité et qu'on comprend bien ce qui constitue une « pratique exemplaire ».

Peut-on généraliser les résultats?

Les utilisateurs de la base de données probantes sur la promotion de la santé devraient également prendre en considération la mesure dans laquelle il est possible d'appliquer les conclusions tirées des échantillons à une population élargie. À titre d'exemple, les résultats fondés sur les échantillons de patients à risque élevé ou de bénévoles très motivés ne s'appliqueront pas nécessairement à une population incluant des patients à risque moins élevé ou des bénévoles moins motivés. Il est particulièrement difficile d'obtenir des données probantes en ce qui concerne les populations désavantagées sur le plan social. L'échantillonnage aléatoire fondé sur des collectivités bien définies plutôt que sur des individus peut, dans une certaine mesure, surmonter ce problème[3].

Cette intervention permet-elle d'optimiser les ressources?

L'évaluation économique élargit la base de données probantes en évaluant le coût des intrants utilisés pour atteindre le résultat, à savoir l'optimisation des ressources. De telles données favorisent des choix éclairés dans l'utilisation concurrente de ressources limitées. L'estimation du coût de la promotion de la santé implique le recensement des ressources touchées par l'intervention, la mesure des quantités utilisées et l'attribution de coûts unitaires. La méthode de l'évaluation économique, bien que simple sur le plan conceptuel, se complique en raison de plusieurs facteurs, notamment des questions méthodologiques, l'accès limité à de l'information financière et statistique et des problèmes dans l'attribution des coûts à des interventions précises par des organisations engagées dans de multiples activités.

L'autre aspect de l'équation de la rentabilité concerne les résultats. Les interventions en promotion de la santé ont une incidence sur les résultats de la santé et l'utilisation des soins de santé et d'autres ressources. Tel qu'indiqué ci-dessus, l'estimation des coûts *évités* implique le recensement des ressources touchées et les ressources matérielles utilisées ainsi que l'attribution des coûts unitaires. Il faut également tenir compte de la valeur attribuée à la morbidité ou à la mortalité réduite, ce qui constitue une entreprise complexe. En outre, comme les coûts et les conséquences se produisent habituellement à différents moments, on doit ajuster au début de l'analyse les résultats futurs sur le plan des investissements monétaires et de la santé (c.-à-d. « actualisée à leur valeur réelle ») au moyen d'un taux d'intérêt approprié (c.-à-d. « taux d'escompte »). (Voir l'encadré pour un survol des évaluations économiques).

Types d'évaluations économiques

La façon de mesurer les résultats non monétaires de la santé déterminera le type d'évaluation économique réalisée. À titre d'exemple :

1. *L'analyse de la rentabilité* compare les interventions affectant les mêmes déterminants de la santé ou résultats de santé à l'aide d'un ratio qui mesure la différence de coûts par rapport aux effets différentiels sur la santé.
2. *L'analyse de rendement* permet de comparer les interventions engendrant des effets multi-dimensionnels sur la santé en établissant le rapport du coût marginal aux années-personnes sans invalidité qu'on a gagnées.
3. *L'analyse des coûts-avantages* tient compte de multiples effets sur la santé en attribuant des unités monétaires à la perte de vie et de qualité de vie et en déterminant si les conséquences sur la santé et les ressources d'une intervention en valent le coût.

Raffermir la base de données probantes

Il existe plusieurs stratégies pour aider à raffermir la base de données probantes de la promotion de la santé, dont les suivantes : utiliser des méthodes de recherche complémentaires; combiner les résultats d'études individuelles; se concentrer sur le contexte social des comportements.

En bref

aident à comprendre les comportements des gens dans des contextes naturels et le sens qu'ils attribuent à leurs expériences, attitudes et comportements	sont axées sur la généralisation
sont inductives (c.-à-d. qu'elles vont de l'observation à l'hypothèse)	sont déductives (c.-à-d. vérification par hypothèse)

Aspect complémentaire des méthodes qualitatives et quantitatives

Bien qu'on présente fréquemment les méthodes qualitatives et quantitatives comme étant les deux extrêmes d'un spectre méthodologique, il est de plus en plus admis que ces méthodes sont complémentaires. En évaluant les interventions de la promotion de la santé, on peut combiner la recherche qualitative et quantitative d'au moins trois manières[4,5] :

- Les techniques qualitatives (p. ex. l'observation, les entrevues en profondeur, les groupes de discussion) peuvent servir à préciser l'intervention et les canaux de causalité.
- Les méthodes qualitatives peuvent compléter le travail quantitatif dans le cadre du processus de validation, comme la *triangulation*, où les résultats obtenus de trois méthodes ou plus (p. ex. un sondage à grande échelle, des groupes de discussion et une période d'observation) sont comparés à des fins de convergence.
- Les méthodes qualitatives peuvent permettre l'analyse de phénomènes ou de secteurs complexes qui ne peuvent encore faire l'objet d'une recherche quantitative, comme des aspects de comportements, d'attitudes et d'interactions complexes. De l'information de ce genre peut servir à engendrer des hypothèses et élaborer des indicateurs pour des évaluations quantitatives.

Combinaison de données probantes d'études individuelles

Les politiques visant à améliorer la santé de la population devraient reposer sur les meilleures données probantes, provenir d'un examen systématique des études individuelles et porter sur un objectif, une intervention et un groupe témoin bien définis; être fondés sur une recherche exhaustive afin de recenser toutes les études publiées/non publiées; définir la façon dont les études sont introduites dans la base de données probantes; recourir à plusieurs examinateurs et à des critères cohérents pour évaluer les études; utiliser des méthodes appropriées pour synthétiser les conclusions des études. Les efforts continus sur plusieurs fronts font mieux comprendre l'efficacité et la rentabilité de la promotion de la santé, mais il reste encore beaucoup à faire (voir « Qui fait quoi », page 28).

Évaluer le contexte social

Bien qu'il existe une base considérable de données probantes sur les interventions en promotion de la santé ciblant des comportements particuliers chez des personnes ou des collectivités à risque élevé (ou très motivées), on en connaît moins sur le rôle des interventions dans le contexte social de tels comportements. Un groupe croissant de données probantes sur les déterminants de la santé donne à entendre que les conditions et structures sociales ont une incidence sur le développement de comportements liés à la santé de même que sur la capacité d'intervenir. De récents développements dans la théorie, les cadres analytiques et les méthodes statistiques font progresser notre connaissance de la façon d'intervenir pour améliorer la santé de la population[3,6]. Les évaluations (y compris les essais cliniques aléatoires) offrent également des données probantes de l'efficacité d'interventions précises sur le contexte social des comportements liés à la santé[3].

En conclusion

Les enjeux tels que la nature des données probantes, le rôle de diverses méthodes d'évaluation, l'ensemble d'indicateurs des résultats et la langue d'évaluation continueront à défier à la fois ceux qui utilisent la base de données probantes sur la promotion de la santé et ceux qui contribuent à cette base. Alors que le programme politique de la santé s'oriente vers une pratique fondée sur les données probantes, l'avenir de la promotion de la santé dépend de la question de savoir s'il peut fournir des données probantes concrètes de son efficacité, particulièrement en ce qui a trait à la rentabilité. Bien entendu, il reste du travail à faire si les Canadiens veulent réaliser les résultats en amont que promet la promotion de la santé.

Veuillez cliquer ici pour consulter les références.

Deux évaluations : PACE et PCNP

Steven Schwendt

Centre du développement humain en santé, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

L'évaluation est une composante intégrale des interventions en promotion de la santé financées par l'État fédéral et mises en œuvre dans les collectivités. L'évaluation joue un rôle important en tant qu'outil d'amélioration continue des programmes, pour mesurer l'incidence des programmes et pour exécuter les mandats du Conseil du Trésor. Les données probantes engendrées par les évaluations servent à répondre à des questions sur le résultat des décisions stratégiques publiques visant à améliorer la santé et d'autres déterminants de la santé au moyen de diverses interventions. L'étude de cas ci-dessous porte sur les expériences d'évaluation nationale d'avant-garde de deux programmes de Santé Canada — le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP).

Le PACE et le PCNP : Similaires et différents à la fois

En tant qu'outils d'intervention communautaire en promotion de la santé, le PACE et le PCNP aident les groupes communautaires à établir et à fournir des services qui portent sur les besoins de groupes particuliers à risque. Le PACE vise à améliorer la santé et le développement des enfants à risque et leur famille, y compris les enfants vivant dans les familles à faible revenu et les enfants qui connaissent un retard du développement ou des problèmes sociaux, émotionnels et comportementaux. Le PCNP, d'autre part, est spécialement conçu pour répondre aux besoins des femmes enceintes les plus à risque de donner naissance à des bébés dont la santé est déficiente, y compris les femmes qui vivent dans la pauvreté, les adolescentes, les femmes qui consomment de l'alcool ou d'autres substances nuisibles ou qui fument.

Bien que les deux programmes remplissent des fonctions similaires, leurs différences révèlent l'évolution de l'approche de Santé Canada dans la prestation et l'évaluation des programmes communautaires. Créé en 1994, le PACE comporte un vaste éventail de services et d'activités qui témoignent des besoins divers recensés dans les collectivités du Canada. Les projets sont régis par un ensemble commun de principes directeur et une stratégie d'évaluation nationale. Cette stratégie se fonde sur la documentation actuelle en développement de l'enfant et a recours à l'Étude longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) pour établir un groupe de référence.

Annoncé en 1994, le PCNP témoigne des leçons apprises des expériences du PACE et des programmes prénataux en vigueur, comme le dispensaire d'aliments de Montréal. Outre les principes directeurs existants du PACE, Santé Canada a conçu un ensemble d'éléments clairement définis s'inscrivant dans un programme global, des objectifs d'évaluation communs ainsi que des indicateurs. Par conséquent, les projets du PCNP sont plus semblables les uns aux autres que ceux financés dans le cadre du PACE. Bien que l'engagement du PCNP à maintenir une certaine souplesse encourage une variation subtile dans les modèles de prestation individuels, chaque projet peut être évalué selon un ensemble commun d'objectifs et d'indicateurs de résultats.

Méthodes d'évaluation : Leçons apprises

La première étape pour mener une évaluation de programme consiste à élaborer un cadre d'évaluation. On obtient ainsi une méthode systématique pour décrire comme un ensemble tous les projets du programme.

PACE

Le cadre d'évaluation national du PACE a été conçu pour témoigner des principes directeurs du programme, répondre aux questions sur l'élaboration et la mise en œuvre du programme (évaluation du processus) et promouvoir les avantages qu'implique la participation aux projets qui y sont liés (évaluation des incidences)[1]. Tel qu'énoncé dans le cadre, la cueillette des données sur les processus s'exerce auprès des gestionnaires de projet, alors que les données sur les incidences proviennent à la fois des gestionnaires de projet et des entrevues réalisées auprès d'un échantillon de participants aux projets à trois moments différents par suite des inscriptions : au départ (cycle 1); après neuf mois (cycle 2); et après 24 mois (cycle 3). Le groupe témoin retenu pour l'évaluation était formé de familles et d'enfants ayant vécu dans des conditions économiques similaires d'après les cycles de 1994 et 1996 de l'ELNEJ.

PCNP

Le cadre d'évaluation nationale du PCNP[2] a été conçu conformément aux principes directeurs du programme. Ses auteurs ont pu tirer profit de l'expérience de l'évaluation nationale réalisée dans le cadre du PACE. Au nombre des leçons apprises, mentionnons la nature restrictive des indicateurs de l'ELNEJ (limités aux résultats sur la santé individuelle) et l'importance d'une approche participative en matière d'évaluation. Par conséquent, les auteurs du PCNP ont réalisé une étude préliminaire et adopté une approche participative et itérative incluant tous les intervenants aux échelons locaux, régionaux et nationaux dans l'élaboration d'indicateurs d'évaluation et d'instruments d'enquête.

Le cadre du PCNP comporte deux outils d'évaluation : le Questionnaire de projet (QP), qui comprend 28 questions sur des sujets administratifs et des résultats généraux du programme, et qui est administré sur une base annuelle; le Questionnaire de la cliente (QC), assorti d'un *menu* d'indicateurs de programme (106). Les indicateurs du QC sont propres à la participante et portent sur des domaines d'intérêt tels que le profil des risques, l'utilisation des services et les résultats de la grossesse — au début du projet, avant et après l'accouchement et à la fin du projet. Dans le cadre de chacun des projets, on recueille des indicateurs de base (38 éléments recensés par Santé Canada qui se rapportent aux objectifs fédéraux) pour l'échelon national de l'évaluation. Les comités des projets locaux et les comités de gestion conjointe peuvent à leur guise choisir dans le *menu* d'autres indicateurs qui offrent une pertinence particulière par rapport aux objectifs précis de leur projet[3].

Le cadre d'évaluation national du PACE a été conçu pour témoigner des principes directeurs du programme, répondre aux questions sur l'élaboration et la mise en œuvre du programme (évaluation du processus) et promouvoir les avantages qu'implique la participation aux projets qui y sont liés (évaluation des incidences).

Ce qu'a démontré l'évaluation

Les instruments d'évaluation du PACE et du PCNP permettent la cueillette de deux types de données : les données de processus, qui concernent l'élaboration et la mise en œuvre des programmes ainsi que les résultats généraux des programmes; les données sur les incidences, qui se rapportent aux caractéristiques des participants individuels (population cible) et les indicateurs de rendement individuel (répercussions des programmes).

Processus : Renforcement des capacités

Outre la participation de plus de 100 000 enfants et parents par mois dans plus de 464 projets à l'échelle du pays en 2000-2001, les projets du PACE ont permis de développer et de maintenir des partenariats ainsi que d'obtenir du soutien financier (ratio 3-1), non financier (valeur de 2,7 millions de dollars) et bénévole (61 762 heures gracieusement fournies par plus de 8 000 personnes). Ils ont également servi de plate-forme nationale pour l'élaboration et la prestation de vastes projets de promotion de la santé communautaire. Dans le même ordre d'idées, les résultats d'évaluation du PCNP indiquent que plus de 28 000 femmes ont participé aux projets du PCNP en 1999-2000. En outre, on a créé plus de 628 nouvelles activités ou nouveaux services de programmes dans la foulée directe des projets du PCNP.

y compris des groupes de soutien des parents, des banques de produits vestimentaires et de produits pour bébé, des cuisines communautaires et des groupes de soutien à l'allaitement naturel.

Portée du programme

L'une des questions les plus importantes rel-atives aux incidences du programme estde savoir si le programme atteint la population cible. Selon les résultats d'évaluation, les projets financésdans le cadre duPACE ont servi à des familles beaucoup plus désavantagées sur le plan socioéonomique que dans le cas des familles représentatives de l'ELNEJ à l'échelon national (figure 1)[4]. Pour des niveaux comparables de désavantage socioénomique, les familles ciblées par le PACE présentaient des niveaux de risque psychosocial plus élevés (tels que mesurés par le dysfonctionnement familial, la dépression maternelle et la prestation de soins négative) que ceux de l'ELNEJ[4]. En outre, les projets financés dans le cadre du PACE rejoignaient une majorité de ces familles à risque : 66 p. 100 ont participé jusqu'au bout à un projet du PACE ou continuent de participer à un projet; environ 15 p. 100 n'ont pas participé aux projets du PACE (et ne les ont pas suivis jusqu'au bout); environ 19 p. 100 ont été perdus en cours de suivi[4].

Les projets financés dans le cadre du PCNP ont également permis de rejoindre des femmes enceintes vivant dans des conditions désavantagées et qui étaient le moins susceptibles de participer ou d'avoir accès au soutien prénatal[5]. De façon plus précise :

- 58 p. 100 des participantes du PCNP vivaient avec un revenu du ménage inférieur à 1 000 $ par mois;
- 35 p. 100 étaient des adolescentes, et 9 p. 100 d'entre elles avaient 16 ans ou moins;
- 56 p. 100 avaient moins de 12 années de scolarité (22 p. 100 n'avaient pas terminé le secondaire III);
- 47 p. 100 étaient célibataires, divorcées, séparées ou veuves;
- 22 p. 100 étaient des Autochtones;
- 46 p. 100 fumaient durant leur grossesse;
- 14 p. 100 ont déclaré avoir subi des agressions durant leur grossesse actuelle.

Les projets financés dans le cadre du PCNP ont également permis de rejoindre des femmes enceintes vivant dans des conditions désavantagées et qui étaient les moins susceptibles de participer ou d'avoir accès au soutien prénatal.

Résultats du programme

On voulait également recueillir des données prouvant que la participation au programme était profitable. Les données probantes tirés de l'évaluation nationale du PACE n'étaient pas concluantes si l'on limitait les comparaisons aux indicateurs de rendement sur la santé individuels qu'offrait l'ELNEJ. On a pu constater que les projets financés dans le cadre du PACE amenaient la participation des groupes à risque, et qu'une majorité de répondants avaient indiqué que les programmes du PACE étaient soit « très utiles » (52,4 p. 100) ou « quelque peu utile » (39,9 p. 100) au bout de 24 mois. Selon les constatations préliminaires, les indicateurs des résultats de la santé individuelle au bout de neuf mois illustraient des tendances à la baisse dans les niveaux de dépression maternelle, de prestations de soins négatifs et de problèmes émotionnels et comportementaux chez les enfants parmi les participants du PACE, qui étaient supérieurs aux résultats du groupe témoin de l'ELNEJ[4]. Toutefois, on n'a pu confirmer ces constatations préliminaires dans le suivi de 24 mois. À ce moment-ci, les différences avant-après étaient extrêmement petites; elles étaient favorables dans certains cas aux participants du PACE et, dans d'autres cas, aux familles du groupe témoin de l'ELNEJ[6].

Les résultats de l'évaluation de l'incidence nationale du PCNP indiquent que les projets financés dans le cadre du PCNP semblent avoir eu une incidence négative sur la population cible d'après deux indicateurs clés : le taux d'allaitement naturel et le taux de faible poids à la naissance.

Le taux global d'initiation à l'allaitement naturel pour les femmes ayant participé aux projets du PCNP était de 78 p. 100, pratiquement le même que le taux national de 79 p. 100[7]. Toutefois, il vaut la peine de noter que les participantes à risque du PCNP, bien que non directement comparables à ceux des études

Tableau 1 : **Taux d'initiation à l'allaitement naturel du PCNP**

17-19 ans	**77 %**
Moins que le secondaire III	**72 %**
Mères seules	**75 %**
Revenu inférieur à 1 000 $ par mois	**77 %**
Autochtones	**78 %**

Tableau 2 : **Taux nationaux d'initiation à l'allaitement naturel (ENSP, 1996–1997)**

18-19 ans	**66 %**
Moins qu'un diplôme d'études secondaires	**60 %**
Mères seules	**74 %**
Faible revenu	**75 %**

nationales, semblent adopter l'allaitement naturel à des taux plus élevés que ceux habituellement recensés pour les sous-groupes à risque similaires dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) (tableaux 1 et 2). Bien qu'il soit impossible de décrire de manière définitive les taux de durée de l'allaitement puisque les participantes du PCNP quittaient le programme à divers moments durant la période postnatale, plus du tiers (35,5 p. 100) allaitaient leur bébé au sein pendant au moins un mois, et une proportion presque aussi élevée le faisait pendant au moins 3,5 mois[7].

Selon les données établies pour le PCNP, le taux de faible poids à la naissance pour les naissances uniques était de 6,1 p. 100 (7,5 p. 100 en incluant les naissances multiples)[7]. Cette constatation est chargée d'espoirs pour les femmes vivant dans les conditions de risque ciblées par le PCNP si on la compare au taux de faible poids à la naissance de 5,8 p. 100 de la population générale canadienne[7]. On pourrait mesurer de manière définitive l'incidence du PCNP sur le poids à la naissance une fois terminée une étude comparative de base, l'application et la validation d'un indice de service du PCNP et la réalisation fructueuse d'autres volets de l'évaluation nationale du programme (voir le graphique ci-dessous). Dans l'intervalle, les participantes qui sont entrées dans le programme alors que leur grossesse était avancée ou qui ont reçu un faible niveau de services dans le cadre du PCNP ont servi de groupe témoin pour évaluer l'incidence du programme.

La figure 2[8] résume les observations sur le taux de faible poids à la naissance selon un indice qui combine un mélange de services et la durée de participation au

Figure 1 : Familles PACE et ELNEJ : différences quant aux désavantages socioéconomiques[4]

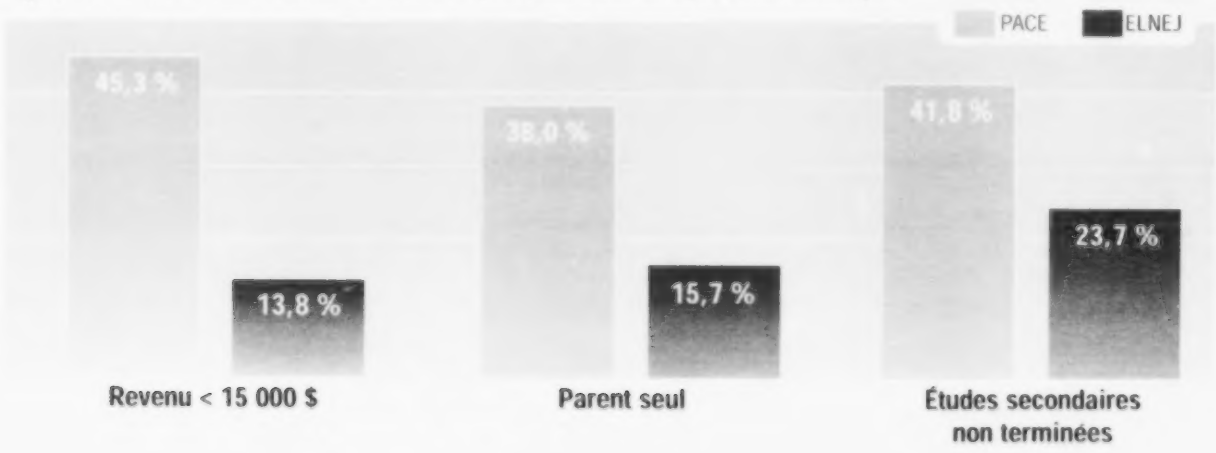
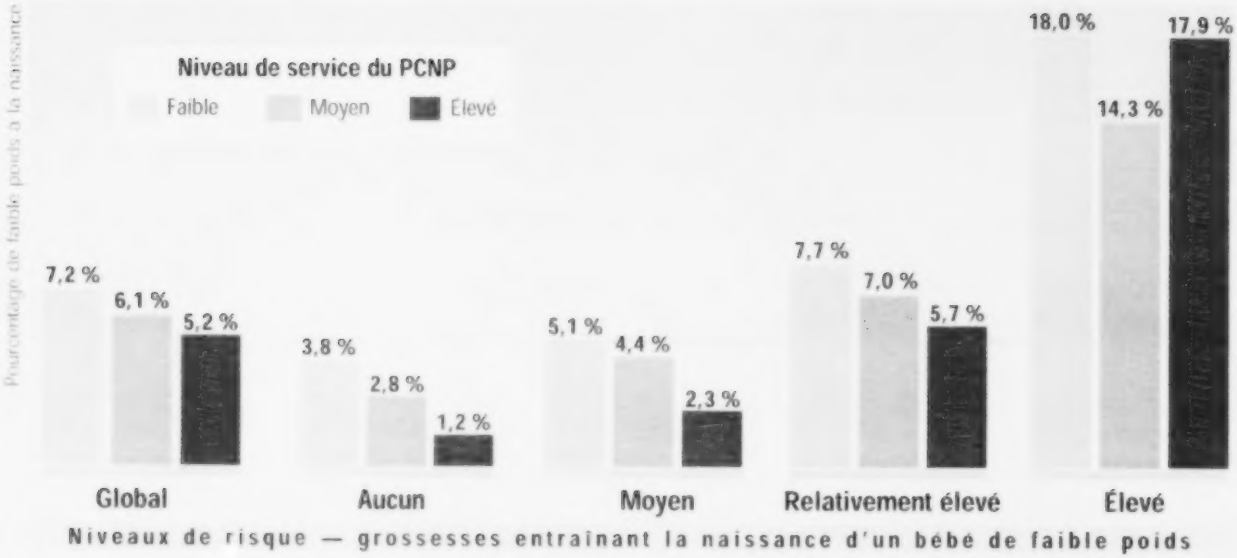


Figure 2 : Niveau de service du PCNP et poids à la naissance[5]



programme. L'analyse des données cumulatives sur les personnes ayant suivi tout le projet entre 1995 et 2001 révèle ce qui suit :

- De façon générale, le taux de faible poids à la naissance semble s'améliorer à mesure que les participants jouissent d'un niveau de services plus élevé dans le cadre du PCNP.
- Le taux de faible poids à la naissance parmi les participantes au PCNP regroupées par catégorie de risque de grossesses liées au faible poids à la naissance semble compatible avec les constatations générales, exception faite de la catégorie de risques exigeant une étude approfondie.

Regard sur demain

Bien que les données probantes découlant des évaluations d'avant-garde du PACE et du PCNP ne suffisent pas à tirer des conclusions définitives sur l'efficacité du programme, les données sur les processus et l'incidence laissent entrevoir quelques résultats prometteurs. On poursuit les efforts visant à améliorer les méthodes et instruments d'évaluation, y compris des analyses de rentabilité, afin de fournir aux décideurs et aux intervenants de l'information fiable sur tous les aspects de l'efficacité des programmes (voir l'encadré). L'évaluation des interventions communautaires en promotion de la santé pose de nombreux défis méthodologiques étant donné que de telles interventions fonctionnent dans des environnements sociaux complexes où bon nombre de facteurs interdépendants agissent sur les liens entre l'intervention et les résultats mesurables. Quoi qu'il en soit, les données probantes obtenues au moyen d'évaluations aussi détaillées peuvent offrir un tableau utile du programme global et de ses projets connexes, tableau dont on peut s'inspirer pour améliorer le programme de façon continue de même que fournir une base d'évaluation de l'incidence du programme.

PCNP : Une évaluation collaborative

La Division de l'évaluation ministérielle des programmes de Santé Canada collabore actuellement avec diverses directions générales pour procéder à une évaluation du PCNP à l'échelle du ministère. Cette évaluation, qui est compatible avec la présentation de 1994 au Conseil du Trésor et au cadre d'évaluation de 1996 du PCNP, reposera sur le travail présenté dans le présent article. Le rapport devrait être terminé d'ici le 31 mars 2003.

@ *Veuillez cliquer ici pour consulter les références.*

Campagne

« Dodo sur le dos! »

Rosemary Sloan, *Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, et* **Shelley Cotroneo**, *Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada*

Le marketing social a servi, en combinaison avec d'autres interventions, à modifier les comportements en matière de santé et, en bout de ligne, à améliorer l'état de santé. Le présent article décrit une campagne de marketing social visant à réduire la fréquence du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) au Canada. En plus de présenter les conclusions clés de l'étude, il met en lumière certains défis réalistes sur le plan de l'évaluation ainsi que les leçons apprises.

Contexte

Chaque semaine au Canada, on recense en moyenne trois bébés victimes du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), à savoir la mort inattendue et inexpliquée d'un enfant apparemment sain. Le SMSN est la principale cause de mortalité postnatale au pays. Bien qu'on en ignore les causes précises, la recherche a permis de dégager plusieurs facteurs de risque, y compris le sexe (plus élevé chez les garçons) et l'âge (taux plus élevé chez les bébés de deux à quatre mois). Entre autres facteurs de risque modifiables, mentionnons le facteur de chaleur trop élevée, le tabagisme maternel durant les périodes prénatale et postnatale et, plus important encore, la position du bébé lorsqu'il dort (les enfants qui dorment sur le dos sont ceux qui chez qui le risque de SMSN est le moins élevé). La recherche est également favorable à l'influence protective de l'allaitement naturel.

Pour bien démarrer

Réagissant au SMSN, qui est considéré comme une importante préoccupation en matière de santé publique, Santé Canada, la Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile et la Société canadienne de pédiatrie ont coparrainé un atelier national sur les efforts de réduction des risques du SMSN en 1993. L'une des conséquences de l'atelier était une campagne nationale de marketing social. D'après les données probantes scientifiques dont on disposait à l'époque — qui comportait la mise en relief de l'aspect sécuritaire de la position dorsale et latérale pour dormir — la campagne visait les spécialistes de la santé et les parents de nouveau-nés avec une série d'éléments promotionnels visant à sensibiliser et à modifier les comportements relatifs aux soins de l'enfant.

Campagne « Dodo sur le dos! »

En quelques années, la recherche approfondie sur le SMSN a démontré que la position la plus sécuritaire pour les bébés était la position dorsale et non dorsale ou latérale autrefois recommandée. Prenant appui sur ces nouvelles données, Santé Canada et ses partenaires lançaient en 1999 une version repensée de la campagne antérieure. Le principal objectif de la nouvelle campagne était d'accroître la sensibilisation à l'endroit du SMSN et de fournir aux « protecteurs » de la santé et du bien-être des enfants — incluant les parents, le personnel soignant et les professionnels de la santé — de l'information sur les risques associés au SMSN. L'objectif était de réduire de 10 p. 100 la fréquence du SMSN au cours des cinq prochaines années.

Mettant à profit le slogan « Dodo sur le dos! » élaboré aux États-Unis, la nouvelle campagne portait en grande partie sur les multiples médias pour sensibiliser les Canadiens au SMSN. La campagne était fondée sur une analyse approfondie de la situation ainsi que sur l'élaboration et la mise à l'essai d'outils de marketing. On a mis sur pied des groupes de discussion composés de membres du public cible, y compris des parents d'enfants de moins d'un an, des gens qui prévoient devenir parents au cours de la prochaine année et du personnel prenant soin de nourrissons.

Les résultats ont démontré que le public cible souhaitait recevoir de l'information persuasive et crédible (p. ex. des statistiques qui soulignent la fréquence du SMSN) et être convaincu que les messages clés de la campagne reposaient sur des données probantes. Les parents voulaient également un message très dynamique qui saurait saisir leur attention. Ces conclusions ont été intégrées dans les produits finaux, lesquels comportaient une brochure d'information et une affiche, une annonce promotionnelle pour les magazines des nouveaux parents et une annonce de 30 secondes de la fonction publique.

Santé Canada et ses partenaires ont également élaboré un énoncé conjoint offrant aux professionnels de la santé des messages clairs et cohérents sur la façon de réduire le risque de SMSN. Pour élargir la portée de la campagne, on a ciblé les réseaux de partenaires et obtenu le concours de Procter & Gamble, dont la division « Pampers » met en marché plus de 300 produits destinés à plus de 5 milliards de consommateurs dans 140 pays. La compagnie a intégré le message « Dodo sur le dos! » dans la bande enserrant la taille de ses couches, a créé un carton à la porte avec l'inscription du message « Dodo sur le dos! », a distribué la brochure « Dodo sur le dos! » aux mères de nouveau-nés dans tous les hôpitaux du Canada et sensibilisé les gens au SMSN par le biais de ses campagnes publicitaires.

Processus d'évaluation

Bien que la campagne initiale de 1993 ne comportait aucun volet d'évaluation, les données ont démontré que le taux de mortalité infantile attribuable au SMSN avait diminué durant la période de la campagne. C'est pourquoi Santé Canada et ses partenaires étaient optimistes face à la campagne « Dodo sur le dos! » révisée en 1999. Afin d'évaluer l'incidence de la nouvelle campagne, on a élaboré un volet étude de marché. Pour commencer, on a mené une étude préliminaire auprès des nouveaux parents et de parents à venir ainsi que du personnel soignant pour établir les niveaux de sensibilisation et de connaissance, et les comportements reliés au SMSN avant le lancement de la campagne[1]. Même si ce sondage établissait que la sensibilisation au SMSN était généralement élevée, une proportion importante de ce groupe cible n'était pas au fait des nouvelles constatations relatives à la position de sommeil de l'enfant.

Au printemps de 2001, Santé Canada a mené un sondage de suivi postérieur à la campagne, reproduisant le sondage repère de 1999 pour éprouver les changements sur le plan de la sensibilisation, de l'attitude et des comportements depuis le sondage précédent et indiquer toute modification nécessaire à la campagne[2]. Le nombre de répondants s'est élevé à 605, y compris des représentants des trois groupes cibles — parents d'enfants de moins d'un an, ceux qui prévoient devenir parents au cours de la prochaine année ainsi que le personnel professionnel qui prend soin des enfants. L'échantillonnage était recensé parmi la population générale de même que parmi des ménages avec des répondants âgés entre 18 et 40 ans. À l'intérieur des ménages, les répondants étaient sélectionnés selon les critères établis pour le groupe cible. L'échantillon était composé à 87 p. 100 de femmes et incluait des répondants de toutes les régions du pays. On a alors comparé les conclusions de l'enquête de suivi postérieure à la campagne à celles de l'enquête repère préalable.

Résultats

Les résultats ont démontré une augmentation substantielle, entre le premier et le second sondage, des connaissances sur le SMSN et de la sensibilisation à l'importance de placer les bébés sur le dos pour dormir. De plus, on a constaté chez les parents un accroissement marqué de leurs comportements concernant la position de l'enfant pour dormir. Les constatations clés de l'étude étaient les suivantes :

- la sensibilisation au SMSN en tant que cause importante de mortalité chez les nourrissons s'est accrue depuis 1999 (de 94 p. 100 à 97 p. 100);
- la sensibilisation au fait que la position dorsale pour dormir réduit le risque du SMSN s'est considérablement accrue depuis 1999 (de 44 p. 100 à 66 p. 100);

- les comportements se sont considérablement modifiés au cours de cette période de deux ans; environ 70 p. 100 des parents et des soignants — une augmentation d'environ 30 points — ont affirmé qu'ils plaçaient les enfants en position dorsale pour dormir;
- les conseils de professionnels de la santé se sont modifiés en profondeur — en 2001, 67 p. 100 recommandaient une position sur le dos pour dormir, alors que seulement 21 p. 100 le faisait en 1999.

Enjeux et défis

La campagne « Dodo sur le dos! » met en lumière un nombre d'enjeux importants qui se rapportent à l'évaluation des interventions en promotion de la santé, soit les suivants :

Durée de temps

L'un des enjeux clés dans l'évaluation de l'efficacité des interventions en promotion de la santé est la durée de temps requise pour déterminer si des changements sont survenus dans les résultats visés en matière de santé. Cela n'était pas un problème pour la campagne « Dodo sur le dos! » puisque le SMSN est une situation absolue qui survient habituellement durant la première année de vie. Étant donné que le sondage de suivi avait fait état d'une augmentation importante du nombre de parents qui plaçaient leur bébé sur le dos pour dormir, on s'attendrait à une diminution correspondante du nombre de morts attribués au SMSN durant cette période. Toutefois, comme une attente de deux ans est généralement requise avant de pouvoir obtenir et analyser les données sur la mortalité, il est trop tôt pour déterminer si la campagne a eu une incidence sur le taux de mortalité infantile attribuable au SMSN.

Attribution

Bien que les résultats aient démontré une augmentation assez considérable du nombre de parents qui placent leur enfant sur le dos pour dormir, on ne peut certifier que les résultats positifs du programme soient *engendrés* par la campagne. Tel qu'indiqué dans l'article intitulé « Corrélation et causalité » à la page 31, la corrélation n'est pas une preuve de causalité. Par conséquent, sans l'existence de contrôle des autres éléments, les facteurs ayant pu exercer une influence durant la période 1999-2001, ces changements dans la connaissance, la sensibilisation et les comportements ne peuvent être catégoriquement *attribués* à la campagne « Dodo sur le dos! ». Toutefois, les questions incluses dans le sondage postérieur à la campagne concernant les changements dans la sensibilisation et les comportements des répondants au cours de la période de la campagne aident à raffermir la base de données probantes.

Figure 1 : Sensibilisation aux moyens de réduire les risques du SMSN

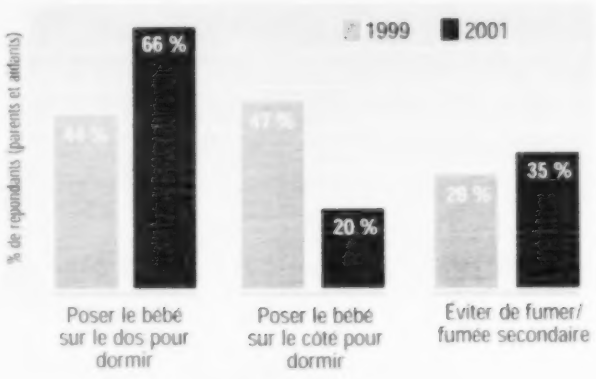
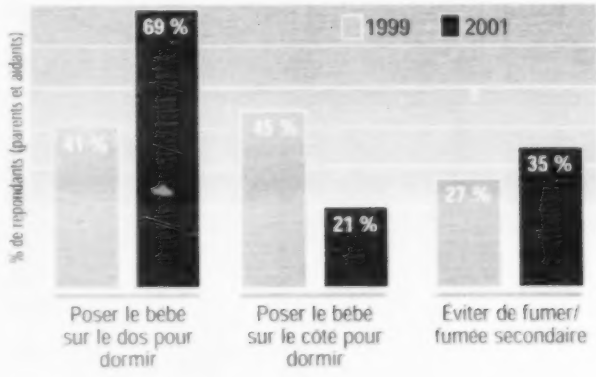


Figure 2 : Mesures personnelles pour réduire les risques du SMSN



A-t-on suffisamment de données probantes?

Une question se pose fréquemment dans l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé. Dans une situation idéale, on préférerait réserver l'étiquette « efficace » aux interventions dans laquelle peut être démontrée la relation de cause à effet. Toutefois, puisqu'il est souvent ni faisable ni pertinent d'évaluer l'efficacité de la promotion de la santé, il peut être problématique d'attribuer les résultats à une cause. Par conséquent, dans la plupart des situations de vie réelle, on peut porter des jugements sur l'efficacité, non pas à partir de données probantes découlant de causes, mais par la démonstration d'une corrélation entre l'intervention et les résultats, et par la force de cette corrélation. C'est le cas de la campagne « Dodo sur le dos! », du moins jusqu'à ce qu'on puisse disposer des données de la mortalité attribuable au SMSN.

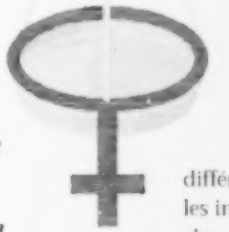
Veuillez cliquer ici pour consulter les références.

Le rôle du sexe :

Évaluer l'efficacité de la promotion de la santé

Sari Tudiver

Bureau pour la santé des femmes, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada



L'état de santé et les schémas de maladie diffèrent chez les hommes et les femmes, tout comme leur utilisation du système de soins de santé. Pour comprendre comment et pourquoi surviennent ces différences (à savoir, qu'est-ce qui explique que le sexe soit un déterminant de la santé), et comment améliorer les résultats de la santé, il faut compter sur un vaste éventail de recherche et d'évaluation. Cela peut inclure des données probantes sur les* différences entre les sexes *(différences biologiques), qui donnent un aperçu des différences chimiques, génétiques et métaboliques possibles dans la vulnérabilité aux maladies et les approches en matière de traitement. Parvenir à comprendre pourquoi les interventions en promotion de la santé sont efficaces ou non nécessite également la prise en considération des* différences entre les sexes *— les rôles et les relations établis sur le plan social, les attitudes, les comportements, les significations et le pouvoir relatif attribué aux hommes et aux femmes dans la société (voir les ressources et définitions sur le site Web du Bureau pour la santé des femmes à http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femmes)[1].

Intégrer les sexes

Les analyses comparatives entre les sexes constituent un outil analytique appliqué à la recherche, aux politiques et aux programmes pour s'assurer qu'on pose les questions appropriées sur les hommes et les femmes, et que l'analyse donne des résultats efficaces et précis. Il ne suffit pas d'ajouter le mot *sexe* ou *hommes-femmes* comme variables indépendantes d'une analyse puisque l'examen de ces différences remet souvent en question les hypothèses qui sous-tendent les interprétations des comportements individuels. Le fait de regarder les choses sous l'angle homme/femme peut permettre de dégager d'autres variables pertinentes à l'analyse et les voies par lesquelles elles fonctionnent. Les analyses comparatives entre les sexes devraient constituer un processus itératif, créatif et systématique, qui s'applique à tous les stages d'une évaluation et répond aux questions suivantes :

Cette intervention tient-elle compte des contextes différents de la vie des hommes et de celle des femmes?

Les différences entre les sexes aident à expliquer pourquoi les hommes et les femmes s'engagent ou non dans des activités de promotion de la santé. Nombre de femmes ne peuvent participer à des activités récréatives en raison d'obstacles sociaux tels que le manque de garderies et de transport. Les hommes sont aux prises avec des obstacles au moment de s'engager dans des activités physiques[2]. Par conséquent, les évaluations doivent prendre en considération les obstacles propres à chaque sexe.

L'intervention a-t-elle dégagé et analysé la diversité dans les sous-groupes?

Dans le cadre d'une évaluation menée en fonction des disparités entre les sexes, on tient compte de la diversité sur le plan de l'âge, de la culture et de la diversité, des capacités et invalidités, de l'orientation sexuelle et de la situation socioéconomique, puis on les analyse. Cela permet de mieux établir en quoi les interventions en promotion de la santé peuvent être perçues différemment par les hommes et les femmes de différents milieux et avoir une pertinence différente pour chaque sexe[3]. L'analyse de la diversité contribue également à clarifier la généralité des conclusions.

L'intervention encourage-t-elle les femmes et les hommes à participer efficacement?

Des résultats positifs en promotion de la santé ont plus de chances de se produire lorsque les gens sont activement engagés et agissent à titre de partenaires dans la conception d'interventions en promotion de la santé

pertinentes à leurs besoins[4]. Une évaluation menée en fonction des disparités entre les sexes permet de mesurer la façon dont les hommes et les femmes participent à la conception et au suivi d'un programme et tente de recenser ceux que le programme *ne parvient pas* à rejoindre. Si on veut élaborer des évaluations par le biais de la participation de groupes qu'il est difficile de rejoindre, il est important de fournir les ressources nécessaires. La participation peut constituer un fardeau particulier pour les femmes et leurs organisations communautaires, dont bon nombre ont des ressources limitées[5].

L'intervention révèle-t-elle des résultats non voulus?

Les méthodes d'évaluation doivent être suffisamment souples pour distinguer les résultats non prévus au préalable. À titre d'exemple, les taux de renoncement au tabac dans le cadre d'un programme de lutte contre le tabagisme visant uniquement les femmes ne diffèrent pas beaucoup des taux des autres types de programmes, mais les participants dégagent d'autres avantages, comme une autonomie accrue, un sentiment d'habilitation, la connaissance de soi, de nouveaux réseaux et un soutien social[6].

Où cadre l'intervention dans le contexte d'autres réalités?

L'évaluation offre une méthode d'analyse de l'interaction entre les interventions et les forces sociales pour évaluer si des approches différentes peuvent *renforcer* ou *miner* des résultats positifs. Puisque les femmes assument traditionnellement le rôle de soignantes au sein de la famille, on néglige souvent la nécessité d'apporter des changements politiques[7]. L'évaluation d'un programme de perfectionnement des compétences pour les femmes qui offrent des soins à domicile à des parents peut rapporter des avantages à court terme au personnel soignant en le soulageant de certains types de stress personnels, mais ne tient pas compte du besoin sous-jacent de changements sur le plan institutionnel et politique (p. ex. les services de relève). Le processus d'évaluation permet de mesurer l'effet des interventions ou du manque d'interventions sur les hommes et les femmes.

Le sexe entre en ligne de compte

L'évaluation selon les disparités permet de dresser un ensemble de données probantes solides et plus rigoureuses sur les résultats, l'efficacité et la pertinence des politiques et des programmes de promotion de la santé. Il existe un riche ensemble d'outils évolutifs pour réaliser ces analyses comme en témoignent d'importantes initiatives menées dans l'Union européenne et en Amérique du Nord sur les préoccupations des femmes dans le courant dominant[8]. Tel que mentionné dans la *Charte d'Ottawa*, il importe de tenir compte des disparités entre les sexes pour parvenir à l'équité et habiliter les gens.

Les analyses comparatives entre les sexes : Un exemple de santé mentale

Les chercheurs ont découvert qu'on diagnostique plus souvent les femmes comme souffrant d'un trouble de la personnalité limite ou d'un trouble dissociatif de la personnalité, et que ces deux problèmes sont liés à des expériences d'agression sexuelle et de traumatismes dans l'enfance. La recherche indique également que cette population a de la difficulté à obtenir des services adéquats, ce qui l'amène à recourir de façon répétée aux services d'urgence. Dans le cadre d'une étude canadienne réalisée auprès de femmes souffrant de troubles dissociatifs de l'identité, on s'est rendu compte que celles-ci, souvent, ne font l'objet d'aucun diagnostic pendant huit années et un quart environ. Il serait possible de réaliser des économies de quelque 84 899,44 $ par personne en prononçant des diagnostics plus précoces et précis.

Une analyse comparative corrige ce problème en incluant des données non regroupées sur les sexes; en intégrant dans les diagnostics une compréhension des disparités (p. ex. la race et l'ethnicité) entre les hommes et les femmes comme des variables; et en recensant les lieux de prestation des services les plus souvent utilisés par les femmes et autres groupes (p. ex. les nouveaux immigrants). Une telle analyse révèle plus clairement en quoi le système fonctionne de manière différente ou semblable selon divers groupes d'hommes ou de femmes, ce qui mène à une meilleure prestation des services.

Adapté de : Pederson A., Hankivsky O., Morrow M. et Greaves L. Gender-based Analysis: Using a Better Evidence Base for Research, Policy Making and Program Development in Health. Vol. 1. Bureau pour la santé des femmes [2002, à venir].

Nous remercions les collègues suivantes du Bureau pour la santé des femmes : Lynne Dee Sproule, Virginia Adamson, Cathy Mattern et Susannah Bush; Wilfreda Thurston, de l'université de Calgary.

Veuillez cliquer ici pour consulter les références.

Trouver la bonne combinaison

Phyllis Colvin

Division de la politique, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada

Les stratégies de promotion de la santé sont des « paniers » ou « portefeuilles » de différents types d'interventions. Par conséquent, ce n'est pas seulement l'efficacité des interventions individuelles qui est importante, mais la façon de les agencer pour obtenir les combinaisons les plus efficaces. La documentation en matière de santé comprend quelques analyses très réussies de l'efficacité comparative des interventions fondées sur des mesures analytiques comme les épargnes réalisées par année de vie[1]. Bien que ce type d'analyse soit très valable, elle ne suffit pas à étayer les stratégies complexes de promotion de la santé à l'échelle nationale.

On admet de plus en plus que les modèles analytiques doivent, pour être efficaces, utiliser des approches complexes, non linéaires et dynamiques pour englober l'éventail complet d'interventions existantes de même que les interactions possibles parmi ces interventions. L'automobile nous offre une analogie utile. Pour qu'une auto fonctionne, ses diverses composantes (source de carburant, châssis, moteur, batterie, carburateur) doivent être présentes et fonctionner en synergie. Dans le cas de la promotion de la santé, il faut le bon mélange de pièces — ou d'interventions — pour produire le véhicule le meilleur et le plus rentable possible[2].

Intégration dans l'élaboration des politiques

Santé Canada dans son ensemble est confronté au défi consistant à adopter une approche intégrée en matière d'élaboration des politiques. Comme dans le cas de la promotion de la santé, le Ministère réalise diverses activités et divers programmes, et il est à concevoir une approche intégrée en matière d'élaboration des

Critères d'évaluation des politiques de Santé Canada

- Capacité d'améliorer les résultats relatifs à la santé.
- Capacité de réduire les inégalités en matière de santé.
- Priorité gouvernementale ou ministérielle établie.
- Priorité fédérale-provinciale établie.
- Choix optimal d'instruments : possibilité d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé par rapport à d'autres interventions.
- Exercice approprié du rôle du gouvernement fédéral et de Santé Canada.
- Participation appropriée des partenaires, y compris une consultation préalable.
- Ressources humaines et autres en quantité adéquate pour assurer des résultats pertinents en matière de santé.
- Trouve-t-on une base de données probantes qui appuie l'approche/les mesures particulières qui sont proposées?
- Comment la proposition se compare-t-elle à d'autres autorités (p. ex. l'OMS, l'OCDE)?
- Capacité d'améliorer les résultats en matière de santé pour les enjeux abordés par rapport à d'autres enjeux et activités.
- Mesure dans laquelle un élément essentiel satisfait à des éléments d'autres priorités.
- Capacité de maintenir en place les ressources pour participer de manière constructive à des possibilités connexes ou à des collaborations nécessaires.
- Capacité d'assurer une transition vers des possibilités futures.

politiques et d'établissement des priorités afin de déterminer la combinaison générale la plus efficace en matière d'interventions. Le Ministère s'attaque actuellement à ce défi au moyen de certains outils de gestion plutôt simples décrits dans les documents d'entreprise portant sur les conglomérats[3]. Ces outils comprennent ce qui suit : des discussions continues à l'échelon organisationnel sur les politiques et priorités; la tenue à jour d'un « portefeuille » de propositions des quatre coins de l'institution; l'intégration des propositions; le renforcement de l'intégration au moyen de politiques, de planification et de budgets. Un élément majeur de ce type d'exercice est l'entente administrative sur les critères politiques, comme celles actuellement utilisées dans le milieu des politiques de Santé Canada (voir l'encadré).

La principale justification de ce type d'investissement est que les organisations disposant des « paniers d'activités » voulus sont en mesure d'absorber plus efficacement les risques que celles qui en sont dépourvues[4]. Tous ces éléments découlent des avantages liés à l'examen de la justesse et du contexte, ainsi que des possibilités qu'offre la synthèse de diverses propositions, notamment la création de plates-formes cohérentes pour la prestation des programmes.

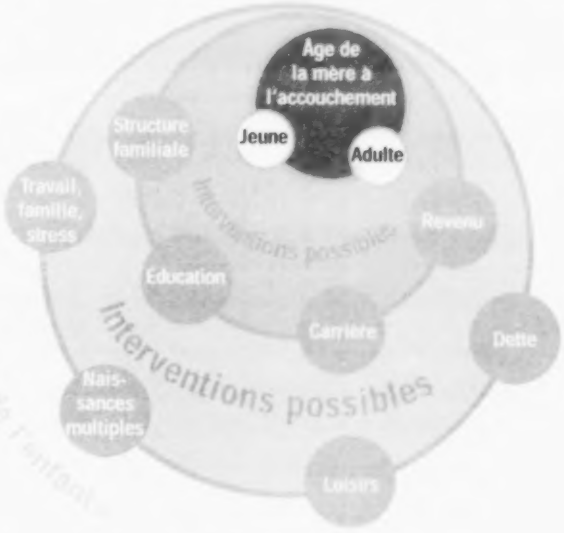
Des modèles comme outils d'élaboration des politiques

Santé Canada est présentement à élaborer de nouveaux mécanismes pour favoriser les prises de décisions complexes à multiples composantes. Le tout aura pour effet de fournir de meilleurs aperçus de la promotion de la santé en plus de relever le défi de réalisation de combinaisons d'interventions efficaces. Le regroupement de liens clairs et bien compris dans un modèle d'interventions constituerait un point de départ utile comme l'illustre l'exemple suivant. Ce dernier repose sur un récent exercice politique sur le développement du jeune enfant entrepris afin d'élaborer un « panier » d'interventions stratégiques en réponse à la hausse de l'âge des femmes ayant une première grossesse, une tendance observée au Canada depuis 1976[5]. Une première étape importante consistait à recenser tous les secteurs stratégiques pouvant être touchés par cette tendance : avortement, reproduction humaine assistée, soins prénataux, rôle parental, revenu familial, dettes et plans de carrière, pour ne nommer que ceux-là. On a établi à partir de cette liste un modèle général qui tient compte non seulement de tous les secteurs politiques, mais rend explicite la toile complexe de rapports mutuels, de liens et de synergies. Le modèle a alors servi à élaborer une combinaison stratégique détaillée à partir d'options sélectionnées dans chacun des secteurs politiques pouvant être assemblés dans la plus grande harmonie possible.

En conclusion

De multiples interventions sont souvent mises à profit dans les stratégies de promotion de la santé, tout comme d'autres initiatives stratégiques complexes. Étant donné que chaque intervention peut influer sur les résultats d'autres interventions, les décideurs doivent prendre en considération de tels liens et synergies au moment de sélectionner le « panier » d'interventions qui s'avérera le plus efficace.

Veuillez cliquer ici pour consulter les références.



Données probantes sur l'efficacité :

Évaluer les lacunes

et aller de l'avant

Jim Ball

Directeur, Division de la santé de la population et du développement de la promotion de la santé, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, directeur scientifique invité pour ce numéro du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Ce numéro du* Bulletin de recherche sur les politiques de santé *a abordé le thème de l'efficacité de la promotion de la santé, une approche « en amont » visant à améliorer la santé et à résoudre les inégalités dans l'état de santé. Les auteurs ont offert un survol éclairé de l'information applicable aux politiques et aux processus décisionnels, à la conception et à la mise en œuvre des programmes, ainsi qu'à la recherche d'évaluation et recherche appliquée. Ces articles portent également sur les efforts nationaux et internationaux actuels servant à élaborer et à appliquer des données probantes valables de l'efficacité des interventions en promotion de la santé.

Données probantes à des fins de planification et d'établissement des priorités

Les données probantes jouent un rôle fondamental dans les processus de planification de la santé, d'établissement des priorités et d'élaboration des politiques. Les besoins en financement et les obligations de rendre compte ont également contribué à accroître les données probantes à fournir pour justifier à fond les programmes et les politiques.

Les récents investissements réalisés dans l'information et la recherche en santé (p. ex. l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, l'*Initiative sur la santé de la population canadienne*, *Global Burden of Disease*) nous ont permis de beaucoup mieux comprendre l'état de santé de même que les déterminants de la santé et leurs rapports aux enjeux en matière de santé. Cette donnée probante de l'existence de « possibilités » commence à fournir de l'information claire quant aux problèmes de santé et aux facteurs susceptibles de rapporter les meilleurs gains en matière de santé si nous prenons les mesures efficaces qui s'imposent. Toutefois, il nous reste encore beaucoup à apprendre au sujet de ces « mesures efficaces ». Ce déséquilibre dans la base de données probantes se perpétue si nous n'accordons pas suffisamment d'importance à la recherche appliquée et à la recherche sur la mise en œuvre, ou au processus détaillé d'évaluation des politiques et des programmes. Par conséquent, nous avons souvent un tableau incomplet au moment d'entreprendre la planification de la santé de la population et de tenter d'établir des priorités stratégiques et des initiatives de programme.

Compte tenu de ce problème, des travaux ont été engagés à l'échelon international dans le cadre d'initiatives comme celles parrainées par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPSES) (voir « Qui fait quoi », page 28). Santé Canada et divers experts canadiens ont été des participants clés dans ces initiatives et il est manifeste que des progrès ont été réalisés. Il existe des données probantes documentées et diffusées selon lesquelles la promotion de la santé peut atteindre des résultats menant à des améliorations de l'état de santé. Parallèlement, toutefois, il demeure plusieurs lacunes et défis relatifs à l'élaboration et à l'application de données probantes quant à l'efficacité de notre travail en matière de planification et de politiques.

Évaluer les lacunes

Il est crucial de bien comprendre les lacunes et les défis liés à l'élaboration et à l'application de données probantes sur l'efficacité dans nos efforts pour donner suite à ces lacunes et défis. Certaines des plus importantes lacunes sont les suivantes :

Une base inadéquate de connaissances appliquées dans les enjeux clés et nouveaux en matière de santé.

Plusieurs enjeux clés en matière de santé (p. ex. la santé mentale, le développement des capacités communautaires, les populations à risque, etc.) sont assez importants pour justifier l'attention à titre de priorités stratégiques. Toutefois, nous ne disposons pas d'une base d'information crédible et organisée pour les aborder correctement par le biais de politiques et de programmes.

À court terme, il serait possible de combler certaines lacunes en mettant en œuvre des projets de synthèse précis et des activités connexes telles que des conférences consensuelles. La participation du Canada aux initiatives mondiales représente une occasion stratégique d'harmoniser les données probantes à l'échelle internationale avec les besoins des Canadiens.

Évaluation systématique limitée de l'efficacité des stratégies existantes de promotion de la santé.

Les limites de la base de données probantes dans le contexte canadien tiennent au manque d'études d'évaluation détaillées et à long terme sur les initiatives actuelles en matière de politiques et de programmes. Malgré l'utilité de l'information sur les expériences de pays comparables, les décisions sur l'élaboration de programmes et politiques canadiens devraient reposer sur des données probantes fondamentales sur les processus, les résultats et les répercussions des stratégies canadiennes. Bien qu'on admette un niveau croissant d'activités dans le domaine de l'évaluation au pays, ces efforts ne sont pas soutenus sur une période suffisamment longue pour déterminer dans leur pleine mesure les avantages ou le manque d'avantages des interventions, particulièrement quant à leur incidence sur les résultats en matière de santé. Il faut regrouper les résultats des études et processus d'évaluation des programmes et partager l'information entre les divers paliers et secteurs de programmes.

Accessibilité accrue aux connaissances sur l'efficacité et transfert accru des connaissances.

Les connaissances sur l'efficacité des interventions ne sont utiles que si l'on peut y accéder facilement et les appliquer avec pertinence dans les processus d'analyse et de planification. Mais à l'heure actuelle, il demeure difficile d'accéder à des données pertinentes et conviviales capables de soutenir ces processus. En plus d'être limitée, cette base de données probantes est répartie entre plusieurs sources à l'échelle mondiale.

L'élaboration d'un système intégré assorti d'une approche commune pour le recensement, le stockage et l'extraction de l'information sur l'efficacité qui soit pertinente aux besoins des Canadiens pourrait former la base sur laquelle s'appuyer pour répondre à ces enjeux. Ce système pourrait comporter la création d'un dépôt virtuel en reliant les sources existantes d'information crédible et d'utilisateurs fournisseurs à un portail et à une « carte routière » pour faciliter l'accès. Les expériences d'autres pays tels que l'initiative « Gateway » de la Health Development Agency en Grande-Bretagne pourraient fournir des renseignements utiles sur la conception éventuelle d'un tel système au Canada.

On doit également pouvoir compter sur des stratégies de transfert du savoir pour fournir une analyse des données probantes dans des supports facilement exploitables dans le contexte stratégique actuel du Canada. Les initiatives de formation sauraient également soutenir l'interprétation et l'application pertinente des données probantes dans les processus liés aux politiques et à la planification.

Aborder les enjeux méthodologiques et élaborer des normes pour évaluer et appliquer les données probantes.

Il est nécessaire d'aborder de nombreux enjeux méthodologiques et terminologiques dans le cadre du processus d'élaboration d'une base de données probantes et d'application du travail réalisé en politique et planification. Il faudrait dégager les enjeux les plus importants et amorcer le travail pour parvenir à un consensus sur un ensemble cohérent de normes et de directives en se demandant :

- Qu'est-ce qu'une solide méthode d'évaluation?
- À quel moment ou à quelle étape peut-on généraliser les conclusions des études d'évaluation?
- Qu'est-ce qui constitue des données probantes à utiliser au niveau des décisions et de la planification?
- Qu'entend-on par pratiques exemplaires?
- Dans quelles circonstances est-il acceptable d'utiliser des modèles logiques ou des modèles de résultats pour combler les lacunes dans le travail d'analyse et d'élaboration des politiques?

Aller de l'avant

Compte tenu du rôle fondamental des données probantes sur l'efficacité dans nos efforts pour améliorer les résultats en matière de santé, ces lacunes et questions ainsi que d'autres enjeux pouvant être recensés nécessitent une attention concertée à l'échelle nationale. Un tel effort est une première étape essentielle pour améliorer la base de connaissance nécessaire pour orienter les priorités d'investissement et soutenir l'élaboration de solides initiatives en matière de politiques et de programmes qui contribueront à la santé et au bien-être des Canadiens.

Qui fait quoi?

Halina Cyr *et* **Brenda Steinmetz**, *Direction de la politique stratégique, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada*

Plusieurs initiatives d'envergure sont en cours pour synthétiser et diffuser des données probantes sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé. Le présent article dresse le profil des initiatives internationales clés et des réseaux de recherche stratégique canadiens qui appuient l'élaboration de la base de données probantes sur la promotion de la santé.

Sur la scène internationale

Initiative	Approche	Priorités actuelles et orientations futures
Examens systématiques de l'efficacité dans le domaine de la santé et le domaine social		
Domaine de la promotion de la santé et de la santé publique — le Centre de collaboration Cochrane Le volet du Centre de collaboration qui représente la promotion de la santé et la santé publique. http://www.vichealth.vic.gov.au/cochrane/	• encourager la production et l'utilisation d'examens systématiques à l'aide de méthodes rigoureuses • sur le plan historique, mettre l'accent sur les études sur échantillon aléatoire et contrôlé • analyser, pour l'instant, d'autres méthodes, (p. ex., qualitative, non aléatoire, économique) • cibler les décideurs politiques, les praticiens et les consommateurs	Liens web utiles et plus de 75 examens analytiques, y compris : • la santé mentale • la nutrition, l'embonpoint et l'obésité • la lutte contre le tabagisme • les ensembles d'une population Prise en considération de stratégies pour améliorer la quantité, la qualité et la pertinence d'examens systématiques aux fins de la promotion de la santé.
La collaboration Campbell Affiliée avec la Collaboration Cochrane Collaboration, cette nouvelle initiative est axée sur les répercussions des politiques et pratiques sociales et éducatives. http://www.campbell.gse.upenn.edu	• préparer, maintenir et promouvoir l'accès à des examens systématiques de l'efficacité • opter d'abord pour les études sur l'échantillon aléatoire; on accepte les études sur échantillon non aléatoire; • examiner des processus expérimentaux et quasi-expérimentaux et des méthodes qualitatives	Mis sur pied en 2000. Tenue de registres d'essais pratiques. Examens en cours dans trois secteurs de l'éducation, du crime et de la justice, et du bien-être social, y compris : • programmes de surveillance du voisinage • emploi et formation des populations à risque économique • logement et transport
UIPSES : Amener les décideurs et les chercheurs à promouvoir la pertinence par rapport à la politique		
Les données probantes de l'efficacité de la promotion de la santé : Vers la santé publique dans une nouvelle Europe, un rapport de la Commission européenne (2000) Un rapport de l'UIPSES qui évalue 20 ans de preuves sur les impacts de la promotion de la santé. Non accessible électroniquement. Pour placer une commande : http://www.iuhpe.nyu.edu	• utiliser des analyses documentaires combinées à l'opinion d'expert • miser sur un vaste éventail de méthodes • assurer l'orientation par un groupe consultatif international et un groupe témoin d'experts politiques • dégager les endroits où la promotion de la santé a amélioré les choses, les domaines ouverts aux débats et les lacunes dans la recherche • recommander des domaines d'action	Ce rapport en deux volets inclut un document sommaire à l'intention des décideurs et un *livre de données probantes* détaillé à l'intention des conseillers de la politique publique. Répercussions des interventions évaluées sur le plan politique, social et économique ainsi que sur le plan de la santé, par exemple : • le vieillissement • la santé mentale • le milieu de travail • les maladies cardiaques L'UIPSES est à lancer un projet de trois ans en compagnie de l'Organisation mondiale de la santé et d'autres partenaires mondiaux afin d'enrichir la base de données probantes. L'Organisation panaméricaine de la santé évaluera les initiatives communautaires en matière de santé.

Initiative	Approche	Priorités actuelles et orientations futures
Initiatives des pays : Établir une base de données probantes liées aux plans nationaux		
États-Unis		
The Guide to Community Preventive Services Ce guide porte sur les sujets de santé publique liés aux objectifs énoncés dans Healthy People 2010. Dirigé par un groupe de travail multidisciplinaire indépendant sur les services communautaires de prévention et soutenu par les laboratoires de lutte contre la maladie. http://thecommunityguide.org	• examiner systématiquement les données probantes d'efficacité et de rentabilité des interventions fondées sur la population • utiliser un cadre analytique explicite; comprend un éventail de modèles d'étude • évaluer les effets non intentionnels et les obstacles à la mise en œuvre • recenser les lacunes au plan de la recherche • formuler des recommandations pour l'utilisation des interventions	Le volume 1, attendu en 2003, aura 15 chapitres. Ceux terminés à ce jour portent sur : • la prévention du tabagisme et la lutte contre le tabagisme • les maladies évitables par vaccination • les accidents de voiture On trouve également de l'information sur les chapitres à venir, par exemple : • la consommation et l'abus d'alcool • l'activité physique • le cancer • les résultats améliorés de la grossesse • l'environnement socioculture
Royaume-Uni		
L'initiative sur la base de données probantes de la Health Development Agency (HDA) La HDA est une autorité en matière de santé en Angleterre. La *base de données probantes* appuie la mise en œuvre du plan national « Saving Lives: Our Healthier Nation ». http://www.hda-online.org.uk/evidence/eb2000	• miser sur les éléments qui réussissent à améliorer la santé publique et à réduire les inégalités • recourir à une base de données consultable (*base de données probantes 2001*) d'examens systématiques accessible en version électronique, des analyses documentaires, des méta-analyses, etc.	Premières étapes d'élaboration, mais constitue une passerelle vers d'autres bases de données. Entre autres projets prévus : • l'élargissement de la base de données dans les domaines prioritaires • la traduction des données probantes dans la pratique
National Health Service Centre for Reviews and Dissemination (NHS-CRD) Une organisation jumelle du Centre Cochrane, le CRD fait la promotion de la pratique fondée sur la recherche dans le centre national des services de santé. http://www.york.ac.uk/inst/crd/	• entreprendre des examens systématiques • tenir à jour des bases de données consultables • fournir des conseils sur la réalisation d'examens	Certains examens portent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies; la plupart sont axées sur les soins de santé. Production en 2000 d'un rapport sur les données probantes découlant des examens systématiques de la recherche pertinente à la mise en œuvre d'un programme global de santé publique. Le rapport fait présentement l'objet d'une mise à jour.
Données probantes pour le centre de coordination de l'information sur les politiques et la pratique (Evidence for Policy and Practice Information Coordinating Centre (EPPI- Centre) Volet de l'unité de recherche en sciences sociales, London University Institute of Education, Royaume-Uni. http://eppi.ioe.ac.uk/	• effectuer du travail fondé sur des données probantes et portant sur les interventions en promotion de la santé et d'autres interventions sociales • tenir à jour le registre des examens de l'efficacité de la promotion de la santé (*Register of Reviews of Effectiveness in Health Promotion*)	Plus de 400 examens organisés par mot-clé selon : • la santé (p. ex. la santé sexuelle, le tabac) • les groupes de la population (p. ex. l'âge, le sexe) • le type de méthode (p. ex. les méta-analyses)

Du côté canadien

Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé

Le Consortium, qui réunit 14 centres universitaires, vise à améliorer la recherche, les politiques et la pratique en promotion de la santé au Canada (http://www.utoronto.ca/chp/chp/consort/). Les centres membres mènent un travail important relié à l'efficacité, notamment :

- l'élaboration d'indicateurs de santé communautaires et la création d'outils d'évaluation;
- la préparation de documents de travail tels que « Mode de vie sain : Rehausser l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé » et « An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion: A Review of 17 Initiatives »;
- le parrainage de symposiums internationaux sur l'efficacité et la collaboration sur le travail international pour évaluer la promotion de la santé (voir page 8).

Organismes de financement de la recherche

Les **Instituts de recherche en santé du Canada** financent des activités de recherche novatrices ainsi que des stratégies de transfert du savoir. À titre d'exemple, l'université McMaster reçoit du financement pour un projet sur l'élaboration et l'évaluation de stratégies visant à résumer et à diffuser aux praticiens, décideurs des politiques publiques et consommateurs les conclusions des études systématiques menées en santé publique et en promotion de la santé. Le document sera terminé en fin d'année 2002 (http://www.irsc.ca).

L'**Initiative sur la santé de la population canadienne**, un volet assumé par l'Institut canadien d'information sur la santé, offre des fonds pour la recherche en vue de répondre aux questions suivantes : Dans quelle mesure les politiques et programmes majeurs du Canada améliorent-ils la santé de la population? Quels sont les avantages pour l'état de santé des interventions axées sur la population? Quelles stratégies clés pourrait-on intégrer dans une approche détaillée abordant les déterminants de la santé? (http://www.icis.ca/french/froadmap/fCPHI/fundingprogramf.shtml).

Initiatives d'examen systématique

Le projet intitulé **Effective Public Health Practice Project**, une initiative du Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique du gouvernement de l'Ontario, est lié au projet de Collaboration Cochrane. Le site Web propose une vingtaine d'examens systématiques sur l'efficacité. Entre autres sujets abordés, mentionnons la lutte contre le tabagisme, la santé des adolescents et la nutrition (http://www.city.hamilton.on.ca/sphs/EPHPP/default.htm).

Le **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs** mène des examens systématiques et formule des recommandations sur les mesures préventives cliniques, y compris la prévention primaire (http://www.ctfphc.org/).

Projets de démonstration en recherche sur les politiques

L'initiative communautaire de l'Ontario intitulée **Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur** est un projet de démonstration longitudinal en recherche sur les politiques qui vise à offrir de l'information sur l'efficacité de la prévention et de la promotion auprès des enfants. Le rapport des constatations à court terme issu de la phase de démonstration (1993-1998) est affiché sur le site Web (http://bbbf.queensu.ca/).

Mise sur pied en 1991, la **Société de recherche sociale appliquée** est une organisation à but non lucratif qui évalue les programmes sociaux existants et met à l'essai les nouvelles idées de programmes pour fournir aux décideurs et praticiens des données probantes fiables sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas en politique sociale (http://www.srdc.org/).

Partage des outils et de l'apprentissage

Les conclusions sur le renforcement des capacités en recherche et en promotion de la santé dans le cadre de l'**Initiative canadienne en santé cardiovasculaire** figurent dans un récent supplément de *Promotion & Education* (N° 1, 2001), publié par l'Union internationale de promotion de la santé et de l'éducation pour la santé.

Lancé en 1999, le **Projet Dividende de la prévention** vise à démontrer où réaliser de bons investissements en prévention et en intervention précoce, et à démontrer les outils et les méthodes permettant de calculer leur incidence économique. Le financement provient de divers secteurs, y compris le gouvernement fédéral (http://www.prevention-dividend.com).

Pour obtenir de l'information à jour sur la promotion de la santé et la santé de la population, visiter le **site Web de la Santé de la population** de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/).

Le saviez-vous

La chronique régulière « Le saviez-vous? » qui figure dans le* Bulletin de recherche sur les politiques de santé *porte sur les aspects de la recherche et des données sur la santé pouvant faire l'objet de méprise. Dans ce numéro, nous examinons certains mythes statistiques relatifs à la corrélation et à la cause.

La corrélation et la causalité démystifiées

Allan Pollock, *Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada*

Pratiquement tous ceux qui s'adonnent à la recherche statistique sont familiers avec le mantra suivant : la corrélation n'est pas la causalité.

Lorsqu'on tente d'évaluer l'efficacité des interventions en santé, il est souvent facile de trouver des changements dans les indicateurs de la santé ayant trait avec la mise en œuvre d'une intervention donnée en santé. Cependant, on peut déduire qu'il y a efficacité seulement dans une relation causale entre l'intervention et le résultat sur la santé. Malheureusement, il faut souvent beaucoup de temps pour constater les effets réels des interventions en promotion de la santé sur les résultats de la santé. En d'autres mots, il faut prendre en considération le temps écoulé entre l'intervention en promotion de la santé et les résultats sur la santé avant d'inférer un rapport causal entre eux.

J'aimerais bien qu'ils cessent d'activer le signal « Attachez votre ceinture ». A toutes les fois qu'ils le font, ça se met à brasser.

Ré-imprimé avec la permission de King Features Syndicate.

L'objet de présent article consiste à expliquer les différences entre la corrélation et la causalité, et à expliquer en quoi les récents développements statistiques aident les chercheurs à établir des inférences sur les relations causales à partir des corrélations statistiques.

Les hôpitaux et la mortalité : Une corrélation mal interprétée

Un examen des données sur l'utilisation des hôpitaux indique clairement que les taux de mortalité sont plus faibles pour les gens n'ayant pas été admis dans un hôpital au cours d'une période donnée que ceux qui ont été hospitalisés. En termes statistiques, il existe une corrélation entre la probabilité de mortalité et l'hospitalisation. Devriez-nous alors inférer une relation causale de cette corrélation statistique? Autrement dit, le fait d'aller à l'hôpital peut donc faire augmenter les risques de mourir. En examinant cette question, nous devons être au fait qu'il se trouve trois raisons pour lesquelles il peut y avoir corrélation entre la mortalité et l'hospitalisation :

- un facteur peut être la cause de l'autre;
- les deux variables peuvent également se rattacher à une troisième variable, qui est peut-être cachée;
- la corrélation peut tout simplement découler du hasard.

Bien qu'on puisse recenser des cas de mortalité attribuables à une faute professionnelle médicale, il est très improbable que cela représente une proportion élevée de morts à l'hôpital. Cependant, une analyse plus étroite nous permettrait d'apprendre que les maladies graves conduisent souvent à la mort, et que les gens qui se trouvent à l'hôpital présentent de bien plus grandes probabilités d'être gravement malades que ceux qui ne sont pas à l'hôpital. Après avoir examiné adéquatement les rapports pertinents entre la maladie, l'hospitalisation et la mortalité, nous risquons de découvrir une situation opposée, c'est-à-dire que les hôpitaux *sauvent* des vies.

Les corrélations sont rarement simples

Le seul cas où l'on peut inférer sans risque de se tromper une relation causale est lorsque la corrélation découle d'une expérience aléatoire. Dans ce type d'expérience, la seule façon d'expliquer les différences entre le groupe témoin et le groupe expérimental est le traitement lui-même. Puisque les expériences aléatoires sont coûteuses et parfois contraires à l'éthique, il faut fonder les estimations de la plupart des relations sur les données issues d'autres sources. Ce faisant, il peut être difficile d'établir des inférences causales, étant donné que la majorité des corrélations sont le résultat combiné d'une relation causale directe, d'un rapport indirect intégrant une troisième variable et d'une coïncidence.

Suite à la page 33

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada ***est une chronique régulière du*** **Bulletin de recherche sur les politiques de santé** ***qui met en lumière certaines méthodes couramment utilisées dans l'analyse des données sur la santé. Dans ce numéro, nous offrons un survol des mesures sommaires de la santé de la population.***

Au-delà de l'espérance de vie . . .

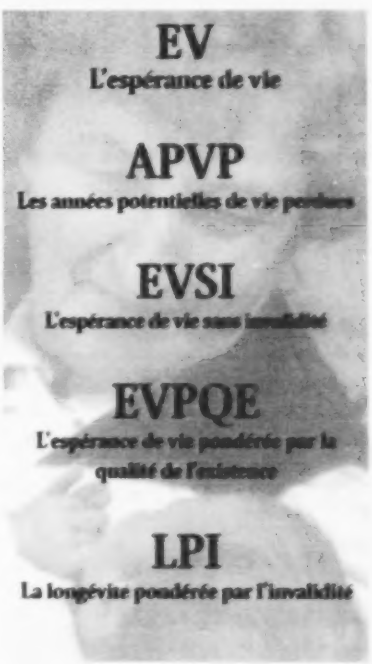
Ron Wall *et* Robyn Foster. *Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada*

On a fait un usage généralisé des mesures sommaires composites pour contrôler les changements dans la santé des populations et pour aider les décideurs à comparer l'incidence sur la santé de diverses interventions en promotion de la santé et autres. Cet article décrit certains indicateurs composites utilisés pour mesurer la durée et la qualité de vie, en commençant par la durée de vie. Il brosse un tableau des mesures clés et décrit comment on s'y prend pour les calculer.

Niveau et causes de la mortalité : incidence des maladies et blessures mortelles

L'**espérance de vie** (EV) est la durée de vie moyenne pendant laquelle une personne peut s'attendre à vivre à partir d'un certain âge, si les taux de mortalité courants se maintiennent. Bien qu'on puisse la calculer à tout âge, l'espérance de vie à la naissance est la mesure sommaire la plus utile au plan de la mortalité pour comparer les populations, puisque cette mesure tient compte des différences dans la mortalité parmi les nourrissons et les très jeunes enfants.

Les **années potentielles de vie perdues** (APVP) pour cause de mortalité représentent une mesure importante de la mort prématurée qui compare l'âge de la mort à un âge arbitraire (p. ex. 75 ans) et fournit de l'information sur les causes précises de la mortalité. L'APVP accorde aux blessures, qui entraînent la mort de beaucoup de jeunes gens, un poids plus important que les maladies du système circulatoire et les cancers, qu'on associe essentiellement à la mort parmi les personnes âgées. L'APVP est un outil utile au moyen duquel déterminer les priorités dans les programmes de prévention et de promotion de la santé. L'un des désavantages de cette mesure est qu'elle ne tient pas compte des années de vie vécues au-delà de l'âge arbitraire.



Invalidité et qualité de vie : incidence des maladies non mortelles

L'**espérance de vie sans invalidité** (EVSI) réduit l'espérance de vie pour la période de temps pendant laquelle une personne vie avec une invalidité. Au Canada, les limites de l'activité déclarées par l'intéressé servent à calculer approximativement les invalidités.

L'**espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence** (EVPQE) est une mesure plus vaste de l'espérance de santé qui fait progresser la mesure en ajustant l'espérance de vie pour la qualité de vie vécue à un fonctionnement déficient sur le plan physique, mental ou social. Au moyen de cette approche, les années passées dans une forme de santé moins qu'optimale peuvent être agrégées aux années passées en bonne santé.

La **longévité pondérée par l'invalidité** (LPI) calcule les années de vie saine perdue en raison de maladies et blessures en combinant les années de vie perdues en raison d'une mortalité prématurée avant un âge arbitraire aux années vécues avec une invalidité. Les mesures de pondération utilisées pour agréger les années vécues avec une invalidité témoignent des préférences pour différents états d'invalidité. Contrairement au classement fondé sur la mortalité prématurée, le LPI tient compte des effets sur la santé des problèmes de santé non mortels. On a également produit des estimations de l'espérance de vie sans invalidité (EVSI) en ajustant l'espérance de vie et la prévalence d'une invalidité selon les conditions de santé par groupe d'âge et la pondération estimative pour chaque type d'invalidité. La LPI et l'EVSI sont limitées par la disponibilité et la qualité des données épidémiologiques.

Tableau 1 : Calcul des mesures sommaires de la santé de la population

Mesure sommaire	Mode de calcul
Espérance de vie (EV) : indicateur généralisé de la durée de vie.	Indicateur formulé au moyen des méthodes des tables de survie, qui appliquent des données sur la mortalité courante par âge et par sexe d'une population pour une période d'observation donnée, habituellement l'année civile, pour estimer la survie d'une cohorte hypothétique avec le temps.
Années potentielles de vie perdues (APVP) : indice des années de vie possibles perdues par suite d'une mortalité prématurée.	L'âge moyen de la mort par cause dans chaque groupe âge et de sexe est soustrait de 75 (ou 70) et multiplié par le nombre de morts.
Espérance de vie sans invalidité ESVI) : durée de vie raccourcie en raison des années vécues avec une invalidité.	Les enquêtes sur la santé et les recensements fournissent des données sur la fréquence des invalidités par âge et par sexe. La proportion de gens avec une invalidité est alors appliquée à la table de survie décrite ci-dessus.
Espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence (EVPQE) : durée de vie raccourcie en raison des années vécues avec un fonctionnement déficient sur le plan physique, mental et social.	Les enquêtes sur la santé menées depuis 1990 offrent des données sur la fréquence des états de santé propres à l'âge et au sexe — p. ex. le pointage global de *McMaster Health Utilities Index Mark III* sur la qualité de vie reliée à la santé. Les pointages moyens sont alors appliqués à la table de survie décrite ci-dessus.
Longévité pondérée selon l'invalidité (LPI) : années de vie possibles perdues et années vécues avec une invalidité.	Les données épidémiologiques sont combinées aux facteurs de pondération utilisés évaluer les années de vie perdues en raison d'une invalidité résultant d'un incident en ce qui a trait à certains problèmes de santé. Cette estimation s'ajoute aux années de vie perdues en raison d'une mort prématurée.

Suite de la page 31

@ *Veuillez cliquer ici pour consulter les références pour L'Utilisation des Données relatives ...*

La façon dont les chercheurs traitent du problème de la troisième variable (comme la gravité d'une maladie) dépend de la possibilité d'observer la variable en profondeur. Dans le cas de la mortalité à l'hôpital, l'accès aux données sur la gravité de la maladie menant à la mort chez les personnes à l'intérieur et hors de l'hôpital permettrait aux chercheurs d'appliquer le rapport tel qu'illustré ci-dessus. Toutefois, s'il n'existe pas de données individuelles détaillées ou si la cause de la mort ne peut être déterminée pour chaque personne, la situation est plus problématique.

Existence de nouvelles techniques

Les récents développements dans les méthodes statistiques, comme les variables instrumentales, la différence à l'intérieur des différences et d'autres méthodes consistant à exploiter des « expériences naturelles », ont débouché sur plusieurs techniques pour s'attaquer aux problèmes empiriques liés aux variables cachées. Toutes ces techniques ont été conçues dans l'espoir de simuler une expérience aléatoire, ce qui aiderait les chercheurs à établir des inférences sur les relations causales sans mener une expérience vraiment aléatoire.

Bien que l'exemple de la mortalité à l'hôpital semble à la fois extrême et évident, il met en lumière un aspect crucial de l'application de toute méthode statistique, à savoir qu'aucune technique statistique ne peut engendrer d'estimations fiables d'une relation causale si elle n'est pas appliquée dans un cadre théorique pertinent.

Nouvelles notables

Nouvelles notables ***est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met en lumière la recherche stratégique de l'heure dans le domaine de la santé.***

Priorités de recherche des services de santé des sous-ministres

Au printemps 2001, les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont défini leurs priorités conjointes en matière de services de santé et de recherche stratégique connexe. Ces priorités seront mises en commun avec les intervenants canadiens dans un rapport consolidé intitulé *À l'écoute*, qu'on peut consulter sur les sites suivants :

- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé — http://www.fcrss.ca
- Instituts de recherche en santé du Canada — http://www.irsc.ca
- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé — http://www.ccohta.ca
- Institut canadien d'information sur la santé — http://www.icis.ca

Outil politique nouveau et puissant

Un nouvel outil politique — le modèle de microsimulation de l'impôt au titre de la santé (Health-Tax Microsimulation Model (HTSIM) — permet aux décideurs de simuler des changements dans le traitement fiscal des dépenses liées à la santé et d'évaluer les répercussions sur la répartition et les coûts de tels changements. Ce modèle illustre les changements survenus au niveau du revenu et l'incidence sur la répartition de mesures suivantes : la modification des paramètres fiscaux des mesures existantes telles que le crédit d'impôt pour dépenses médicales; l'attribution de (nouveaux) avantages imposables; l'évaluation des nouvelles manières d'offrir une aide pour les menues dépenses en santé et même, la modification des programmes existants de soutien du revenu ou l'adoption de nouveaux programmes du genre. La Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse de données (DMMAD) et le milieu politique de Santé Canada unissent leurs efforts pour formuler des options viables de santé dans le cadre du régime fiscal. Pour de plus amples détails, communiquez avec Anil Gupta à anil_gupta@hc-sc.gc.ca

CD-Rom Éco-Santé OCDE 2001

L'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a diffusé sa version 2001 de son CD-Rom Éco-Santé, qui contient des données relatives à la santé des pays membres. Le CD-Rom permet à ses utilisateurs de faire des comparaisons entre plusieurs pays sur des enjeux clés que la mortalité, la morbidité, les ressources et l'utilisation des soins de santé, ainsi que le financement et la rémunération. Les résultats sont disponibles en divers formats et peuvent être exportés dans Excel® et autres documents. Pour obtenir de plus amples détails, visitez le site Web de l'OCDE à http://www.oecd.org

Financement de la recherche sur la politique en matière de santé

Le Programme de recherche sur la politique en matière de santé (PRPS) est un programme de contribution stratégique et ciblé de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA). Il permet de produire de la recherche extra-muros pertinente à la politique et conçue pour répondre aux besoins du Ministère. Le PRPS appuie les projets de recherche et de développement, les projets pertinents à la politique, les ateliers, séminaires et conférences, ainsi que les partenariats fédéral-provinciaux-territoriaux en recherche. Les demandes de propositions dans les secteurs prioritaires de Santé Canada seront affichées sur le site Web de la DRAA (http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa) aux dates suivantes :

- recherche et synthèse primaire — annuellement, les 15 janvier, 15 septembre et 15 novembre
- ateliers et séminaires — annuellement, les 1er mars, 1er octobre et 1er décembre

Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs

Un nouveau guide des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis dans lequel sont décrits les éléments clés des programmes anti-tabagisme efficaces au niveau des états, y compris les programmes destinés aux collectivités, aux écoles et à l'état entier. Ce document (*Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs*), publié en août 1999,

met à profit les leçons apprises pour donner suite à l'incidence de divers programmes visant à réduire le fardeau des maladies reliées au tabac. On peut obtenir le guide à l'adresse suivante : http://www.cdc.gov/tobacco/interv.htm

Le modèle de promotion de la santé de la population

Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population est une ressource visant à promouvoir la compréhension de l'approche en santé de la population. Ce travail en cours de Santé Canada organise et consolide les connaissances actuelles sur la santé de la population sous huit « éléments clés ». Le modèle a divers usages, y compris l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes; la formation et l'éducation; et l'évaluation. Il a servi à élaborer un cadre d'analyse pour les *Études de cas pour la mobilisation régionale de l'approche santé de la population*. Les documents sont offerts sur le site Web de la Santé de la population à http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/ressources/index.html

Numéros spéciaux de l'American Journal of Health Promotion

L'incidence financière de la promotion de la santé (The Financial Impact of Health Promotion) est l'objet d'un numéro spécial de l'*American Journal of Health Promotion* (mai-juin 2001, vol. 15, n° 5). La publication présente des points de vue stratégiques de l'entreprise et du gouvernement fédéral, et aborde les défis méthodologiques. On y trouve également des analyses documentaires de l'incidence financière des programmes de promotion de la santé et du tabagisme sur les coûts reliés à la santé. Pour une table des matières plus détaillée, visitez le site Web de la publication (http://www.healthpromotionjournal.com/). Surveillez également des les numéros spéciaux à venir sur les stratégies les plus efficaces en matière de promotion de la santé et l'incidence sur la santé des activités de promotion de la santé.

Indicators that Count! — Measuring Population Health at the Community Level

Cette ressource du centre de promotion de la santé de l'Université de Toronto définit un cadre d'évaluation de la santé à l'échelle communautaire. Le cadre englobe un vaste éventail d'indicateurs. Les auteurs concluent que, pour que les indicateurs aient un sens et soient profitables à l'échelon local, ils doivent avoir de la pertinence quant aux valeurs, aux objectifs et aux enjeux locaux. De plus, il faut les élaborer selon un processus qui met à contribution les décideurs et le public. Pour de plus amples détails, visitez le site Web http://www.utoronto.ca/chp/p-titles.htm

An Ounce of Prevention … What are the Returns?

Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont produit un document intitulé *An Ounce of Prevention … What Are the Returns?* (2e édition, 1999), qui offre un compte rendu sur 19 stratégies de prévention des maladies et de styles de vie sains afin de promouvoir la santé et le bon sens économique. Une compilation de sommaires d'une page est offerte à l'adresse http://www.cdc.gov/epo/prevent.htm

Les dispensateurs de soins au Canada

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) vient de publier un rapport intitulé *Les dispensateurs de soins au Canada*. Ce rapport spécial est le premier du genre et présente une compilation factuelle des recherches actuelles, des tendances historiques, ainsi que des nouvelles données, constatations et analyses sur les dispensateurs de soins au Canada. Bien que le projet englobe les dispensateurs réglementés, les dispensateurs non réglementés et les aidants naturels, il vise surtout le premier groupe en raison des données plus riches dont on dispose et de l'intérêt public et politique croissant. Le rapport est accessible sur http://www.cihi.ca/french/findex.htm

Inégalité socioéconomique et maladies cardiaques

Inequality Is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion Are Major Causes of Heart Disease rassemble les plus récentes données probantes sur le rôle que le faible revenu joue dans le développement de maladies cardiovasculaires. L'incidence du revenu se manifeste par des processus de privation matérielle, le stress psychologique excessif et l'adoption de comportements malsains. On y énonce les raisons du taux croissant de Canadiens ayant un faible revenu, et on y offre des solutions politiques. Réalisé à la demande du North York Heart Health Network et rédigé par Dennis Raphael de l'Université York, ce rapport est accessible à http://depts.washington.edu/eqhlth/paperA15.html

Faites une croix sur votre calendrier

Quoi	Où	Thème
6e Congrès canadien sur la promotion de la santé	Du 7 au 10 avril 2002 Victoria (Colombie-Britannique) http://www.hp2002.uvic.ca	La façon dont les partenariats interdisciplinaires et intersectoriels peuvent faciliter et soutenir le changement
E-Health 2002: A New Era of Health Delivery	Du 20 au 23 avril 2002 Vancouver (Colombie-Britannique) http://www.e-health2002.com	La façon dont les innovations et les collaborations en santé électronique améliorent la planification de la santé, la prestation des soins de santé, la pratique de la santé et les décisions
6e Conférence mondiale sur la prévention et le contrôle des traumatismes	Du 12 au 15 mai 2002 Montréal (Québec) http://www.trauma2002.com/indexfr.htm	Améliorer la sécurité des populations par la réduction du nombre de blessures, attribuables aux suicides ou à des événements interpersonnels violents
IIIe Conférence canadienne sur la recherche en économie de la santé (ACRES)	Du 22 au 25 mai 2002 Halifax (Nouvelle-Écosse) http://www.chera.ca/cgi-bin/WebObjects/ConferenceManagement.woa	Stabilité et changement dans le système de soins de santé au Canada
International Union for Health Promotion and Education 5th European Conference on Effectiveness and Quality of Health Promotion	Du 11 au 13 juin 2002 London (Royaume-Uni) http://www.newdimensions2002.co.uk	Nouvelles dimensions dans la promotion de la santé : lier les programmes de promotion de la santé aux politiques publiques
7th International Symposium for Health Information Management Research	Du 26 au 28 juin 2002 Sheffield (Royaume-Uni) http://www.shef.ac.uk/~is/research/chimr/shimr/index.htm	Le défi consistant à utiliser la technologie de l'information dans les systèmes d'information au profit des professionnels de la santé, des gestionnaires, des planificateurs, des patients et du public
93e Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique	Du 7 au 10 juillet 2002 Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) http://www.cpha.ca	Notre santé environnementale — des départs sains, la mondialisation, la liaison de l'environnement et de la santé, l'évolution des gouvernements en matière de santé
Conférence nationale de la recherche sur les politiques de 2002	Du 23 au 25 octobre 2002 Ottawa (Ontario) http://www.policyresearch.gc.ca/	Tendances futures : risques — l'importance de comprendre et de gérer les risques dans l'élaboration des politiques

Références

Références pour « Promotion de la santé : De quoi s'agit-il » (p. 5)

1. Santé Canada. « Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population », document de travail rédigé par le Sous-groupe sur le cadre conceptuel de la santé de la population pour le Groupe de travail sur une stratégie sur la santé de la population, 1996. http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ddsp/docs/common/index.html

Références pour « Enjeux et défis liés à l'évaluation de l'efficacité de la promotion de la santé » (p. 10)

1. I. Rootman et al. *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (European Series, N° 92). Danemark : Publications régionales de l'Organisation mondiale de la santé, 2001, p. vii.
2. E.J. Posavac, Carey, R.G. *Program evaluation methods and case studies* (5e édition). Upper Saddle River : Prentice Hall, 1997.
3. K.M. Emmons. Health behaviors in a social context. Dans : Berkman L.F., Kawachi I. (eds) *Social epidemiology*. New York : Oxford University Press, 2000 : 242-266.
4. N. Mays, Pope, C. Qualitative Research: Rigour and Qualitative Research. *British Medical Journal*, 1995; 311 : 109-112.
5. E. Murphy, Dingwall, R. Qualitative methods in health services research. Dans : Black N., Brazier J., Fitzpatrick R., Reeves B. (eds) *Health services research methods: A guide to best practice*. London : BMJ Books, 1998 : 129-138.
6. S. Macintyre, Ellaway, A. (2000). Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. Dans : Berkman L.F., Kawachi I. (eds) *Social epidemiology*. New York : Oxford University Press, 2000 : 332-348.

Références additionnelles :

M.F. Drummond, O'Brien, B., Stoddart G.L., Torrance G.W. *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (2e édition). New York : Oxford University Press, 1997.

D. Nutbeam. « Health Promotion Effectiveness — The Questions to be Answered ». *The Evidence of Health Promotion Effectiveness — Shaping Public Health in a New Europe*. International Union for Health Promotion and Education, 1999.

C. Pope, Mays, N. Qualitative research: Reaching the Parts Other Methods Cannot Reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research. *British Medical Journal*, 1995; 311 : 42-45.

Références pour « Deux évaluations : PACE et PCNP » (p. 14)

1. M.H. Boyle, Offord, D.R. *Community Action Program for Children (CAPC) Proposal for a National Evaluation Framework*, Centre for Studies of Children at Risk, McMaster University Faculty of Health Sciences and Chedoke-McMaster Hospitals, 1995.
2. Santé Canada. Groupe d'évaluation, Direction de la planification stratégique et de l'examen, *Canada Prenatal Nutrition Program Evaluation Framework*, rédigé par Gail V. Barrington and Associates, Calgary, 1996.
3. Santé Canada. Division ministérielle d'évaluation de programme, *Module 3 : Performance Measurement Training Series. Case Study on the CPNP Data Collection System*, rédigé par le Barrington Research Group, Inc., Calgary (Alberta), 2001.
4. M.H. Boyle. *Community Action for Children (CAPC) National Impact Evaluation: Preliminary Findings Interim Report*, 1999.
5. Santé Canada. *Participants au PCNP PPHB — National Frequency Report, January 1995-May 2001*, rédigé par le Barrington Research Group, Inc., Calgary (Alberta) 2001.

6. M.H. Boyle. *Community Action Program for Children (CAPC) National Evaluation: Impact Analysis*, 2000. Pour une analyse nationale complémentaire, voir : Palacio-Quintin, E., *Community Action Program for Children (CAPC) National Impact Evaluation: New Analysis*, 2001 à i.

7. Santé Canada. *Programme canadien de nutrition prénatale. Rapport de QC 2000*, rédigé à la demande de Santé Canada par Barrington Research Group, Inc., Calgary (Alberta), 2000.

8. L. Guyn. *Canada Prenatal Nutrition Program: Measuring the level of Implementation*, Document non publié rédigé par Barrington Research Group, Inc., Calgary (Alberta), 2001.

Références pour « Partenariat pour un changement social : Campagne *Dodo sur le dos!* » (p. 19)

1. Santé Canada. *Benchmark Survey on Awareness, Knowledge and Behaviors Relating to Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*, rédigé par Environics Research Group, mars 1999.

2. Santé Canada. *Sudden Infant Death Syndrome: A Tracking Survey on Awareness, Knowledge and Behaviors*, rédigé par Environics Research Group, juin 2001.

Références pour « Le rôle du sexe : évaluer l'efficacité de la promotion de la santé » (p. 22)

1. La *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada* (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1999) recense 64 engagements se rapportant à la santé des femmes et aux analyses comparatives entre les sexes. Pour des définitions pratiques des termes clés, voir également : *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*. (Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000); et T.M. Wizemann et M. Pardue, eds. *Exploring the Biological Contributions to Human Health: Does Sex Matter*. Institute of Medicine : National Academy of Sciences, 2001. Pour une liste des ressources pertinentes à cet article, voir le site Web du Bureau pour la santé des femmes : http://www.hc-sc.gc.ca/francais/femme

2. R. Colman. « La santé des femmes dans les provinces de l'Atlantique : données statistiques ». *Bulletin de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes*, vol. 1, n° 1, automne 2000 : 5.

3. *La politique de Santé Canada en matière d'analyse comparative entre les sexes*, op. cit. p. 1.

4. Pour des exemples de recherche participative en promotion de la santé, voir M. Denton, M. Hakjukowski-Ahmed et al., *Women's Voices in Health Promotion*. Canadian Scholars Press, Toronto, 1999; et les ressources produites jusqu'en 1999 par le biais du McMaster Research Centre for Promotion of Women's Health (http://www.mcmaster.ca/mrcpowh/index.html). Voir également les projets de recherche financés par le biais des Centres d'excellence pour la santé des femmes de Santé Canada (http://www.cewh-cesf.ca).

5. Dr Wilfreda Thurston. Communication personnelle, novembre 2001. W.E. Thurston, Crow, B.A., Scott, C.M. *The role of women's organizations in health policy development, implementation and dissemination*. Rapport soumis à Santé Canada, Direction de la promotion et des programmes de santé, 1998.

6. T. Horne, Kirby, S. Trudeau, J. *Final Evaluation Report of Catching Our Breath Too*. Women's Health Clinic. Winnipeg, février 1999.

7. K. Grant. GBA: Beyond the Red Queen Syndrome. Présentation à l'occasion de la rencontre sur l'analyse comparative entre les sexes tenue à Ottawa le 31 janvier 2002. Voir aussi P. Armstrong, Amaratunga, C., Bernier, J. et al., *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*. Toronto : Garamond Press, 2001.

8. Voir E. Baume, Juarez, M. et Standing, H. *Gender and Health Equity Network: Gender and Health Equity Resource Guide*. Institute of Development Studies, Sussex. 2001; Condition féminine Canada. *Gender and Performance Measurement: A Summary Review and Report*. (avril 2001). Comprend une bibliographie utile sur les guides d'évaluation tenant compte des disparités entre les sexes.

Références pour « Trouver la bonne combinaison » (p. 24)

1. T.O. Tengs et al. *Five Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost Effectiveness*, Harvard Centre for Risk Analysis, 1994. Tengs et al. met en relief l'efficacité des interventions « médicales » comparativement aux interventions dans d'autres secteurs, et le coût relativement élevé de la prévention primaire par opposition à la prévention secondaire et tertiaire.
2. Ce concept est parfois résumé au moyen du terme « intégralité » dans la promotion de la santé. Le défi consiste à tenir parole quant à ce concept.
3. M.S. Allen, Navigant Consulting. *Business Portfolio Management*, John Wiley and Sons, New York, 2000. Si Santé Canada était une organisation du secteur privé, elle serait décrite comme un conglomérat ou un groupe parce c'est la somme de plusieurs petites organisations avec des cultures et des mandats distincts.
4. Ibid. p. 13.
5. C. Lochhead. La programmation des enfants : répercussions d'ordre social et sur la santé du report de la naissance d'un premier enfant, *Isuma : revue canadienne de recherche sur les politiques*, volume 1, numéro 2, automne 2000, p. 33-37.

Références pour « L'utilisation des données relatives à la santé au Canada » (p. 32)

Références additionnelles :

Manuel D.G., Goel V., Williams J.I., Corey P. Espérance de vie ajustée selon l'état de santé à l'échelon local en Ontario. *Maladies chroniques au Canada* 2000; 21(2) : 73-80.

Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. Faits saillants des indicateurs sélectionnés. *Indicateurs de la santé*, 2001a; 2001(3) : numéro de décembre.

Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. La santé de la population canadienne : santé et l'enjeu des sexes : l'écart homme-femme. *Rapports sur la santé*, 2001; 12(3) : numéro spécial.

Wolfson M.C. Espérance de vie ajustée sur la santé. *Rapports sur la santé* 1996; 8(1) : 43-49.

Banque mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé*. Washington, D.C. : Banque mondiale, 1993.

Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.

Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001.

Autres lectures : pour l'application des indicateur-sportant sur l'EV, les APVP et l'EVSI, voir : Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (2001a, 2001b); sur l'EVPQE, voir Manuel et al. (2000), Wolfson (1996); pour la LPI, voir la Banque mondiale (1993) et l'Organisation mondiale de la santé (2001).